117

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTE DE MEDECINE

Année 1919 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DU TRAITEMENT des Urétrites Gonococciques

CHEZ L'HOMME

par les Injections Abortives d'Argyrol

ET LES

Grands Lavages au Permanganate

PAR

G.-H. RICHARD

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS
DE LA CLINIQUE UROLOGIQUE DE L'HÔPITAL NECKER
ET DU SERVICE CIVIALE A LARIBOISIÈRE

Président : M. LE PROFESSEUR LEGUEU

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, — Paris (VI[e] A[t])
PARIS

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. G.-H. ROGER.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie topographique	Auguste BROCA.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	N. TEISSIER
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE WIDAL. GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE. Pierre DELBET
Clinique chirurgicale	QUENU LEJARS.. HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE. RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile	N.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN
Clinique de la 1re enfance	MARFAN

Agrégés en exercice

MM.

	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE
ALGLAVE	GUILLAIN	LERI	RICHAUD
BERNARD	JEANNIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JOUSSET André	MAILLARD	ROUVIÈRE
BRUMPT	LABBÉ Henri	MOCQUOT	SCHWARTZ (Anselme)
CAMUS	LAIGNEL-LAVAS-TINE.	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	TANON
CHAMPY	LECENE	NOBÉCOURT	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OKINCZYC	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	OMBRÉDANNE	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY	ZIMMERN
GREGOIRE		RETTERER	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

En reconnaissance de tous leurs sacrifices.

A MON MAITRE ET AMI

MONSIEUR LE DOCTEUR JULES JANET

A qui je dois les meilleures de mes connaissances en pathologie urétrale.

Hommage de ma profonde gratitude.

A MON PREMIER MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR WALTHER

A MON MAITRE EN UROLOGIE

MONSIEUR LE DOCTEUR MARION

En témoignage de ma reconnaissance
et de mon sincère attachement.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat

MONSIEUR LE DOCTEUR CAUSSADE.

MONSIEUR LE DOCTEUR TUFFIER.

MONSIEUR LE DOCTEUR CHAUFFARD.

MONSIEUR LE DOCTEUR ALBARRAN (*in memoriam*).

Internat

MONSIEUR LE DOCTEUR RIEFFEL.

MONSIEUR LE DOCLEUR CHEVASSU.

MONSIEUR LE DOCTEUR ROUTIER.

MONSIEUR LE DOCTEUR WALTHER.

MONSIEUR LE DOCTEUR BAUMGARTNER.

MONSIEUR LE DOCTEUR MARION.

MONSIEUR LE DOCTEUR HEITZ-BOYER.

À MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur LEGUEU.

INTRODUCTION

Parmi les nombreux traitements de l'Urtérite blennoragique, la vaccination Gonococcique est actuellement à l'ordre du jour et semble permettre les plus grandes espérances.

Tout dernièrement encore, le Dr Janet a fait, à la Société d'urologie, une intéressante communication à ce sujet. Il reconnaît cependant que cette méthode de thérapeutique n'est pas encore au point — fait particulièrement confiance à l'auto vaccin à grande puissance qu'étudie en ce moment le Dr Demonchy et qu'il baptise avec humour A V G P. et conclut que « la vaccination gonococcique ne peut être efficace que par son association au lavage des organes infectés et à l'extirpation chirurgicale du foyer que ce lavage ne peut atteindre ».

Les injections abortives et les grands lavages au permanganate pourront donc se donner, longtemps encore, libre cours. C'est pourquoi nous n'hésitons pas à revenir sur ce sujet qui peut paraître bien suranné, surtout en ce qui concerne la méthode des grands lavages !

Voilà, en effet, de bien nombreuses années que le docteur Janet a inauguré cette méthode de traitement, qu'il en a exposé les principes et les grandes lignes tant, dans des leçons magistrales faites à la clinique de Necker que dans un certain nombre d'articles publiés dans des journaux médicaux, et en particulier dans le *Journal d'urologiv* sous forme de « Notes de pratique journalière ». Cette méthode s'est, par suite, répandue dans le monde urologique au point de devenir le *traitement* que je qualifierai de *classique*, de l'urétrite blennoragique, sans cependant vouloir considérer comme quantité négligeable, le groupe des médecins qui, à l'heure actuelle, aussi bizarre que cela puisse sembler, sont encore partisans de la méthode du « laisser couler » et des balsamiques.

Ainsi, que peut-on dire de nouveau et d'inédit sur ce sujet ?...

Mon Dieu, rien de bien nouveau à proprement parler...

Mais, y apporter un peu de précision et quelques détails inédits ?... peut-être...

Considérant d'une part, la cohorte des praticiens encore hostiles à cette méthode et l'accusant de tous les maux.

D'autre part, celle de ses adeptes déçus.

Ayant eu personnellement la chance d'être l'ami et l'élève fervent du docteur Janet.

Ayant pu, depuis bientôt huit ans, le voir à l'œuvre,

— soutenir une lutte quotidienne patiente et expé-

rimentée contre un microbe dont il connaît à fond la morphologies, les mœurs et les manifestations les plus déconcertantes.

— Appliquer **lui-même** sa méthode et y apporter, à la suite d'une longue expérimentation, certaines modifications utiles à connaître.

L'ayant appliquée moi-même, assez souvent déjà, soit sous son contrôle, soit seul, lorsque j'ai l'honneur de le remplacer auprès de ses malades.

M'étant donc trouvé dans ces conditions, j'ai pu, peu à peu, me rendre compte, d'après d'assez nombreuses conversations médicales auxquelles j'ai pris part plus ou moins directement et d'après aussi les résultats obtenus, à quel point, en dépit des apparences, cette *méthode de traitement* est encore *mal connue* dans ses détails par un certain nombre de praticiens — souvent *mal appliquée* et par suite encore *combattue* ou tout au moins *discutée* sur certains chapitres, même par ses adeptes.

Quelle différence existe bien souvent, en effet, *entre la façon de procéder des adeptes et celle du promoteur!* Que de malentendus et de déceptions ! et par suite, que de critiques inspirées bien souvent par les déboires dus à une mauvaise interprétation et à une application défectueuse !

Combien de fois voit-on des malades déçus arriver seuls ou avec leur médecin un peu aigri contre cette méthode qui l'a trompé dans ses espérances ; malades chez qui il suffit souvent (je ne dis pas « toujours »)

de quelques retouches dans la conduite du traitement, d'un petit détail de diagnostic et de technique mis en lumière, pour venir à bout de ses gonocoques.

Combien pourrait être réduit ce chapitre si chargé des complications de la Blennoragie, sur la pathogénie desquelles on discute, pour lesquelles on s'ingénie à trouver des traitements variés, si le traitement en était conduit de façon rationnelle et habile.

Il n'est vraiment pas exagéré d'écrire que cette pathologie devient exceptionnelle dans la clientèle d'un urologue familiarisé avec le maniement des injections abortives et des grands lavages.

On s'acharne beaucoup à l'heure actuelle après la cure des urétrites chroniques innombrables.

On se préoccupe beaucoup moins de les prévenir ! Ce serait pourtant plus simple !

Voilà pourquoi j'ai pensé qu'en dépit des apparences il ne serait peut-être pas inutile d'aborder de nouveau ce sujet, d'y apporter le plus de précision possible, en m'étendant longuement sur des petits détails techniques qui pourraient peut-être paraître superflus mais qui ont souvent plus d'importance qu'on ne serait tenté de le penser, détails dont dépend bien des fois le succès d'une méthode de thérapeutique.

D'envisager toutes les modifications et variations à apporter à la conduite de ce traitement suivant les diverses formes cliniques, éventualités et complications qui peuvent survenir dans le cours d'une urétrite gonococcique.

Ne cessant de prêcher, à tout propos, la douceur de main que m'a toujours recommandée mon maître comme la première des qualités d'un bon.... urétrologue.

M'adressant donc surtout à ceux qui, ayant adopté cette méthode thérapeutique qui semble inspirée par le bon sens et la logique, veulent l'appliquer avec le plus de garanties possible, en se mettant à l'abri des complications si nombreuses auxquelles une mauvaise technique les expose fatalement ; mais qui, d'autre part, n'en possédant peut-être pas toutes les finesses d'application de celui qui l'a conçue ont pu, en certaines circonstances, en éprouver quelque désillusion.

Pour ce faire, il me faudra évidemment, dans cette petite étude, dans cette mise au point, tomber souvent dans des redites nécessaires cependant à sa cohésion. Que le lecteur me le pardonne, s'il peut trouver de ci de là un petit détail d'utilité pratique ignoré de lui.

Voici donc quel est le plan que nous adopterons.

PLAN

I. — Nous traiterons tout d'abord et rapidement pour ne plus y revenir du *matériel* que doit avoir à sa disposition tout médecin qui veut pratiquer le traitement abortif à l'argyrol et la méthode des grands lavages au permanganate.

II. — Ceci fait nous commencerons par l'étude du *traitement abortif à l'argyrol*, nous étendant surtout sur ses *indications* et les *techniques des injections*.

III. — Nous aborderons ensuite l'étude de la **méthode des grands lavages au permanganate**.

1. — Envisageant les *raisons* qui doivent faire des grands lavages le traitement de choix de l'urétrite gonococcique qui n'est plus justiciable du traitement abortif, et qui font du permanganate le médicament de choix pour ces lavages.

II. — Décrivant ensuite avec force détails *la technique purement mécanique de ces lavages* antérieurs et totaux.

III. — Exposant à ce propos notre façon de penser

sur *l'opportunité des grands lavages urétro-vésicaux d'emblée*, question sur laquelle tous les urologues ne sont pas d'accord.

IV. — **Puis la façon de conduire les grands lavages** (au point de vue de leur dose et de leur fréquence) **suivant les diverses formes cliniques** de l'urétrite gonococcique qui peuvent se présenter à notre consultation.

V. —. *Les modifications à apporter à cette conduite* **suivant les diverses éventualités** qui peuvent survenir au cours du traitement.

1) *Susceptibilité particulière de certaines muqueuses.*

2) *Apparition de complications.*

3) Infections secondaires.

VI. — La conduite à tenir en présence de *l'inefficacité anormale du traitement.*

Augmentation des doses habituelles.

Changement de médicament.

Recherche des repaires microbiens. — Technique de leur désinfection.

Et à ce propos nous exposerons ce qu'il faut penser du *gonocoque latent*, sans vouloir entrer pour cela dans le domaine des urétrites chroniques.

VI. — Enfin nous terminerons par les descriptions des *épreuves* à faire subir au malade avant de lui annoncer la *guérison*.

CHAPITRE PREMIER

Du matériel nécessaire à la pratique des injections abortives et des grands lavages

En tête du matériel nécessaire à l'exécution de ces injections et de ces lavages, bien que ne s'y rapportant qu'indirectement, je placerai tout d'abord comme condition « sine qua non » :

Un bon microscope ;
3 verres ;
un centrifugeur ;
et un flacon d'acide acétique ;

objets sans lesquels j'estime qu'il est impossible à un médecin de conduire le traitement d'une urétrite gonococcique d'une façon rationnelle et le mener à bien.

Ils lui seront indispensables s'il ne veut pas se livrer à une thérapeutique empirique et aveugle, même guidée de temps à autre par l'examen bactériologique d'un pharmacien plus ou moins familiarisé avec l'étude du

gonocoque. *Que de fois le praticien* trop confiant est ainsi induit en erreur et *continue à poursuivre de ses lavages des gonocoques inexistants* signalés par un pharmacien auquel certains cocci, diplocoques ou staphylocoques ont donné le change !

On peut évidemment adresser son malade à un homme de laboratoire dont on connaît les références et l'expérience. Si 2 ou 3 examens suffisaient dans le cours du traitement ce serait bien.

Mais c'est bien plus souvent que l'on peut avoir besoin d'examiner les sécrétions et les urines centrifugées d'un blennorhagique et de les examiner en extemporanément.

On ne peut pas cependant envoyer continuellement son malade au laboratoire de M. X.... Il s'en lasserait matériellement et pécuniairement et encore l'on manquerait bien souvent d'un renseignement immédiat qui pourrait être précieux aux variations thérapeutiques auxquelles on peut se livrer.

— **de l'eau bouillie froide** dans un récipient quelconque stérilisé.

— **un bouilleur ou réchauffeur** pour faire réchauffer l'eau bouillie du lavage à la température voulue (40°-45°).

L'appareil élévateur du Docteur Janet, disposé pour être fixé au plafond ou au mur, soit avec *2 réservoirs* gradués en cristal, ouverts à leur partie déclive à laquelle vient s'adapter un **tube siphon en caoutchouc de 3 mètres de long** muni d'une **pince à arrêt,** soit

avec *un plateau pouvant porter 2 flacons d'un litre*, à ouverture supérieure par laquelle pénétrera en ce cas le tube siphon jusqu'au fond du flacon, maintenu dans cette position par un **coude en métal** du modèle Gentite (et amorcé en aspirant à ses autres extrémités avec une seringue).

Une pince à arrêt du modèle Gentite. Il existe d'autres modèles peu pratiques et moins solides.

Des canules de Janet bouillies et que l'on peut conserver dans un flacon muni d'un support nickelé et rempli d'une solution antiseptique.

A ce propos il sera utile de *bien choisir les canules*, il faut que leur *extrémité soit bien en bout de cigare* — ni trop ronde — ni trop pointue — autant que possible de *même calibre d'ouverture* pour que la grosseur du jet et, par suite, le débit du liquide soit toujours le même.

En choisir au contraire *quelques-unes très effilées* et à bec très fin. Elles pourront rendre service dans les cas de méats étroits, ou présentant des dépressions anormales.

Nous ne nous servons jamais de *canules en verre de Tuffier* avec leur coupole protectrice qui sont évidemment commodes, mais trop encombrantes et un peu lourdes.

On peut se munir **de disques en caoutchouc** s'adaptant au col d'une canule quelconque pour rompre le jet en retour dans les grands lavages — ils sont souvent gênants dans la pratique des lavages postérieurs en masquant le flot dans la canule et les mouvements de

la bulle d'air — si importants à surveiller.

Une **bonne seringue urétrale** de 10 cent. cubes, soit *celle de Bonneau* fabriquée par Gentile, composée d'une canule en verre à bout moussé à l'extrémité de la la quelle se monte à simple frottement une poire en caoutchouc de même capacité que la canule et servant à l'aspiration et à l'injection du liquide.

Soit, de préférence la **seringue urétrale que le Dr Janet** *a fait dernièrement construire à* Gentile. D'une capacité de 10 cent.. cube. ; le piston étant en verre rodé, à extrémité en forme de cigare comme celle du corps de la seringue, avec une graduation marquant le niveau d'aspiration correspondant à 7 cent. cub. (capacité moyenne de l'urètre) — et contenue elle-même dans un tube de verre dans lequel elle est bien calée par un dispositif spécial lui permettant d'être *transportée facilement et aseptiquement* par le malade lui-même qui, dans ses déplacements, peut faire ainsi ses injections proprement, même en voyage.

Cette seringue servira à la fois aux *injections abortives* et aux *injections de novocaïne.*

1 petit stylet explorateur de Janet, composé d'un fil de platine iridié mousse à une de ses extrémités et fixé de l'autre à une baguette de verre, pour la *recherche des diverticules et trajets para-urétraux.*

Un écarteur urétral, soit bivalve, soit monovalve, soit **à 3 branches du modèle Janet** le plus pratique parce qu'il permet d'écarter les parois du méat et de la fosse naviculaire sans en masquer la muqueuse.

Une seringue de Luer ordinaire de 2 cent. cubes.

2 canules en platine de longueurs différentes de Janet pour lavages des trajets para-urétraux (aiguilles en platine à extrémités circulaires et mousse).

Une solution mère de permanganate de 1 p. 100.

Une éprouvette graduée de 100 cc.

Et une **solution de novocaïne à 1 p. 100** dans un *flacon à large ouverture* pour pouvoir plonger facilement la seringue.

Je ne parle pas des **flacons de solution d'argyrol à 20 o/o et à 5 p. o/o** ; il sera toujours préférable *de les faire fraîchement préparer* lorsque l'occasion d'un traitement abortif se présentera ; à moins d'en avoir un usage assez fréquent pour en assurer une consommation rapide.

CHAPITRE II

Du traitement abortif de la Blennhoragie par les injections d'argyrol

I. — Ses Indications

Ce traitement ne peut être tenté qu'à la *période de début de la blennorhagie*.

Alors que, d'une part, *l'infection gonococcique* ne s'est pas encore répandue dans tout l'urètre antérieur, ou, tout au moins, *n'a pas franchi le sphincter membraneux* et gagné l'urètre postérieur.

Alors que, d'autre part, quelle que soit l'étendue en surface de l'urètre antérieur atteinte, *l'infection n'est que superficielle* et n'a pas encore envahi les régions sous-épithéliale, glandulaire et interstitielle de la muqueuse.

C'est-à-dire lorsque l'apparition de la sécrétion ne date pas de plus de *12... 24... 36 heures* au maximum... dans la majorité des cas.

A ce stade d'évolution, on constate, en général, en

entr'ouvrant le méat, la présence d'une *sécrétion* soit *muqueuse*, soit *muco-purulente*, blanchâtre ou blanc jaunâtre, notable, mais pas très abondante encore, contenant de nombreux polynucléaires et des colonies de gonocoques surtout extracellulaires.

Un état inflammatoire nul ou minime de l'urètre, le méat est à peine rouge.

— Les *urines* du 1er verre sont encore claires, ou légèrement troubles avec un certain nombre de filaments mucopurulents en suspension. Celles du 2e verre sont claires.

Il est temps d'intervenir si l'on veut avoir des chances de succès.

Le malade serait venu 12 ou 24 heures plus tôt, alors qu'il n'éprouvait qu'un léger chatouillement et n'avait constaté qu'une minime sécrétion plutôt muqueuse, cela n'en eût que mieux valu !

Cependant, le *laps de temps minimum* de 36 heures, voire même 48 heures, *n'est pas absolu*.

Il est en effet des cas où *l'écoulement date de plusieurs jours* sans présenter pour cela plus d'acuité que dans le cas précédent — le *gonocoque* contracté avait une *virulence atténuée* qui ne lui a permis qu'un lent développement — l'incubation a dû être longue.

On peut encore tenter l'abortion.

Au contraire, lorsque le malade se présente avec une *sécrétion abondante*, réalisant un véritable écoulement, s'accompagnant d'un *état inflammatoire notable* quelque soit le délai d'apparition de ces symptômes,

aussi court soit-il, il faut *renoncer au traitement abortif*.

Il est certain que l'on a d'autant plus de chances de succès que l'on entreprend le traitement de façon plus précoce.

Le cas optime est celui du malade instruit et prévenu qui vient à nous dans les jours qui suivent un coït suspect, à la moindre petite alerte.

Nos jeunes gens ont, malheureusement, encore beaucoup à apprendre à ce sujet !

II. — L'antiseptique employé.

Le docteur Janet a, depuis longtemps, abandonné le *permanganate de potasse*.

Ce médicament devant être employé à de hautes doses (1 p. 2000 — à 1 p. 1000) afin d'agir vite et complètement, était trop irritant pour la muqueuse urétrale.

La réaction œdémateuse et séreuse qu'il provoque à cette dose est en effet trop intense, allant même quelquefois jusqu'au suintement sanguin, et peut provoquer, dans la suite, des lésions d'urétrite chronique rebelles — séquelles dont tout bon spécialiste doit avoir une terreur justifiée !

Janet a donc abandonné le permanganate, et, ayant laissé de côté le *nitrate d'argent* très caustique et desquamant pour l'épithélium urétral, et le *protargol*, moins caustique mais encore assez irritant, a adopté un nouveau sel colloïdal d'argent.

L'**argyrol** qui, à l'avantage d'être très nocif au gonocoque par ses *propriétés fortement antiseptiques*, joint celui d'être *peu dangereux* pour la muqueuse urétrale (la formule histologique de la sécrétion l'atteste).

Voire même *légèrement analgésique*, ce qui lui confère une grande supériorité sur le protargol.

Ce médicament n'a qu'un inconvénient qu'il importe de connaître, sous peine d'avoir des échecs, c'est qu'il *s'altère très rapidement*, surtout à la lumière.

Il est donc difficile d'avoir toujours dans sa salle de consultations une solution prête à servir. Il est préférable de *faire préparer la solution extemporanément* par un pharmacien sûr, qui ne pourra d'ailleurs vous donner satisfaction qu'après les *deux heures nécessaires à la dissolution* de l'argyrol *à froid*, telle qu'elle doit être pratiquée.

A moins qu'une grande consommation, par suite d'usages fréquents, ne permette d'en avoir toujours un flacon de service.

III. — La Technique

Voici comment il faut procéder, d'après la technique adoptée par le docteur Janet, à l'heure actuelle — technique qu'il a, d'ailleurs, exposée dans ses grandes lignes.

. . . . . .

— Après avoir *fait uriner le malade*, pratiquer *à*

basse pression, *un* **lavage de l'urètre antérieur** (voir plus loin la technique des grands lavages antérieurs) avec *un demi-litre d'une solution d'argyrol à 2 p. 1000*, en ayant bien soin de laver d'abord soigneusement le méat, la fosse naviculaire, puis les premiers centimètres de l'urètre avant de pousser le lavage plus à fond, jusqu'au bulbe.

Il importe, en effet, au plus haut point, *d'éviter de repousser les colonies microbiennes sur un territoire* qu'elles n'ont *pas encore envahi*.

— Après le lavage, *exprimer doucement l'urètre* depuis le bulbe jusqu'au méat afin d'en expulser le plus complètement possible le liquide qui pourrait y séjourner.

— Avec la *seringue urétrale de Janet* — que nous avons décrite au chapitre du matériel — dont on applique doucement et bien intimement l'extrémité au centre les lèvres du méat.

Injecter très lentement dans l'urètre, **de 5 à 7 centimètre cubes**, suivant sa capacité, d'une solution, **d'argyrol à 20 p. 100**.

Fermer le méat avec le pouce et l'index de la main gauche en retirant la seringue. Faire ainsi séjourner la solution pendant **5 minutes**, montre en main.

Avoir soin d'*en laisser échapper de temps en temps une goutte* qui vient humecter les lèvres du méat après être entrée en contact avec les parties de la fosse naviculaire comprimées par les doigts.

Sans cette petite précaution que recommande le

docteur Janet, cette région de l'urètre qui est justement la plus infectée au début de l'atteinte gonoccocique serait la moins imprégnée d'argyrol.

Recommander en même temps au patient de ne pas se laisser aller, comme lorsqu'il urine ; à la faveur de ce mouvement la solution concentrée pourrait fuser dans l'urètre postérieur, ce qui ne serait pas sans inconvénients.

Lorsque les 5 minutes se sont écoulées, *laisser s'échapper la solution* d'elle-même, *sans chercher à faire complètement vider l'urètre*. Plus il restera d'antiseptique à la surface de la muqueuse et plus il y séjournera, mieux cela vaudra.

Oblitérer ensuite le méat avec un tampon épais d'ouate encapuchonnant le gland et maintenu avec plusieurs tours de fil de coton que l'on serre modérément. On évitera ainsi, autant que possible, de tacher le linge — lequel d'ailleurs se nettoie très facilement avec de l'eau oxygénée ou un simple savonnage.

Prescrire au malade de rester le plus longtemps possible sans uriner — de se procurer une **solution d'argyrol à 10/100** dans un flacon à large ouverture et une seringue de Janet ;

Et de **pratiquer lui-même**, **après chaque miction** (il urine bien entendu le moins souvent possible) une **injection de 5 cent. cubes** avec la technique qu'on lui aura recommandé d'observer — injection qu'il gardera de même 5 minutes.

Il reviendra le lendemain, **24 heures après** la pre-

mière injection, ayant fait en général au moins *deux injections chez lui.*

Pratiquer avant toute intervention un **examen microscopique de la sécrétion urétrale.**

Cette sécrétion est généralement plus abondante, brunâtre et plus ou moins séreuse suivant l'intensité de réaction de la muqueuse.

1° **Réussite.** — Lorsque l'abortif doit réussir, on n'y trouve que quelques cellules épithéliales, de nombreux leucocytes.

Aucun gonocoque, ou bien quelques *débris amorphes*, punctiformes, groupés dans des leucocytes et qui sont des *cadavres de gonocoques.*

Les plus grands espoirs sont alors permis.

Faire une 2e injection à 20 p. 100 précédée d'un lavage d'un demi-litre à 2 p. 1000 comme la veille et prescrire de même une auto-injection de 5 cent. cubes d'argyrol à 10 p. 100 après chaque miction.

Le **même cycle** sera ainsi suivi **pendant 4 jours.**

Un examen microscopique étant fait tous les jours et les deux verres étant, bien entendu, à chaque fois examinés afin d'abandonner de suite la tentative d'abortion en cas de trouble du 2e verre.

Quant à l'aspect du 1er verre il peut être très variable suivant les réactions urétrales de chaque individu — trouble ou avec de plus ou moins gros filaments — on ne peut guère en tirer de grandes indications pendant la durée des traitements.

Un fait importe seul : c'est la *présence ou l'absence de gonocoques* dans la sécrétion ou les filaments.

Après le 4e jour de traitement, si les gonocoques n'ont toujours pas reparu, **on cesse toute intervention**.

En cas de guérison, la *sécrétion se tarit et les filaments disparaissent rapidement* des urines après la cessation des injections.

Il est prudent, néanmoins, de suivre son malade pendant 5 jours après lesquels on lui fera faire une preuve de bière qui consacrera sa guérison.

Une dernière chose reste à faire alors au praticien, et qui n'est pas négligeable.

C'est, en annonçant la guérison à son malade, de *lui recommander* de revenir aussi tôt et plus tôt encore s'il est possible, à la prochaine occasion, et de *porter la bonne parole dans le cercle de ses amis*.

2° **Echec**. — Si, au contraire, le lendemain de la 1re injection on trouve, dans la sécrétion, *des gonocoques non altérés dans leur morphologie*, il y a *peu d'espoir de réussite*...

Continuer cependant encore le traitement pendant 24 heures — mais tout prêt à abandonner l'argyrol et à entreprendre les grands lavages au permanganate, si l'on trouve encore des gonocoques 24 heures après la 2e injection.

Un certain nombre de gonocoques s'était déjà infiltré plus profondément dans la muqueuse et a échappé à l'incendie. Il nous faudra changer d'arme...

IV. — Objections

Je réponds maintenant aux objections qui ne manquent pas d'être formulées en la matière.

1° **Ces injections à 20 o/o ne sont-elles pas trop douloureuses, trop irritantes** pour le malade ?

Non ; en général elles sont **fort bien supportées** — très souvent absolument indolores. — J'ai d'ailleurs dit plus haut que l'argyrol était presque analgésique. Certains malades éprouvent une sensation de légère cuisson et c'est tout...

On peut d'ailleurs, **en cas de réaction particulière** de l'urètre, ce qui peut se voir quand le traitement a été entrepris un peu tardivement, alors qu'il existait un certain état inflammatoire de la muqueuse, on peut **diminuer la dose de l'injection suivante jusqu'à 15 ou 10 o/o** — ou bien même **tenter d'écourter le traitement**, On réussira souvent encore, étant donné que c'est la première injection qui décide surtout du succès de l'entreprise.

2° **Les injections ne sont-elles pas nocives pour l'épithélium ?**

Non ; elles sont à ce point de vue bien supérieures au nitrate et au protargol.

L'examen histologique de la sécrétion est là pour le démontrer ; on trouve *peu de cellules épithéliales* dans la préparation.

Les filaments disparaissent facilement des urines.

V. — Des résultats

Sur 270 cas traités jusqu'ici par cette méthode, le docteur Janet signale 50 pour 100 de guérisons ; et en particulier, 75 p. 100 de réussite parmi les cas qui ont été traités dans les douze premières heures.

Ces chiffres montrent à quel point il y intérêt à entreprendre l'abortion de façon précoce !

VI. — Causes d'insuccès

Indépendament du fait que le traitement a été *entrepris trop tard*, alors que le gonocoque avait déjà envahi l'urètre postérieur ou les parties profondes de la muqueuse il faut encore signaler plusieurs causes d'insuccès.

La *préparation défectueuse* de la solution d'argyrol *son altération* par le temps et la lumière, enfin la *présence de diverticules ou conduits para-urétraux* ayant passé inaperçus et dans lesquels le gonocoque a trouvé un refuge.

Il *sera donc prudent*, si l'on veut s'éviter de temps à autre une déception, avant d'entreprendre tout traitement, d'*inspecter minutieusement le méat* afin de découvrir les anomalies et y poursuivre le gonocoque avec la seringue de Luer et la petite canule en platine signalés au chapitre du matériel, manœuvre sur laquelle nous reviendrons à la fin de ce travail à propos des repaires microbiens.

Quoi qu'il en soit, *en cas d'insuccès, il n'y a pas eu de temps perdu* ; il nous reste une arme très puissante quoique plus difficile à manier et d'une efficacité plus lente, son mode d'action étant tout différent ; nous avons désigné les *grands lavages au permanganate* dont nous allons aborder l'étude.

CHAPITRE III

Traitement des urétrites gonococciques par les grands lavages au permanganate de potasse

I. — Principe des grands lavages.

Pourquoi est-il rationnel de laver largement l'urètre envahi par le gonocoque.

Le *mode d'évolution naturelle* de ce microbe est édifiant à ce sujet.

Nous savons en effet que, *chez l'homme*, le gonocoque finit par disparaître sans traitement au bout de plusieurs mois (de 3 à 6 mois...) — alors que *chez la femme* non traitée il s'éternise et peut vivre indéfiniment à l'état latent. — Pourquoi ?

C'est parce que, **chez l'homme**, les *colonies microbiennes* répandues à la surface de la muqueuse sont balayées et *rejetées hors de l'urètre* plusieurs fois par

jour *par l'urine* au cours de la miction qui réalise ainsi un *lavage naturel.*

Tandis que, **chez la femme,** embusqué dans tous les recoins de la muqueuse de la vulve, de l'urètre (glandes de Bartholin, glandes de Skene, glandes para-urétrales) et du col utérin, *il échappe au flot libérateur.* Il sera donc de toute logique de laver l'urètre atteint d'infection gonococcique.

Pourquoi, en effet, laisser ce microbe se développer librement, évoluer en surface et en profondeur suivant son bon plaisir, infecter les glandes de l'urètre et provoquer une inflammation de la muqueuse telle que la moindre fatigue ou imprudence expose sa victime à de cruelles complications dans le présent (folliculite-prostatite — épididymite — rhumatisme blennoragique) et à de sérieuses infirmités dans l'avenir (stérilité, rétrécissement, ankylose). Sans parler de l'état lamentable et déprimant dans lequel le met cette suppuration profuse et continuelle !

Pourquoi, en un mot, « laisser couler » une blennorragie ? Tout simplement parce que bien des médecins qui ont voulu tenter de laver des urètres gonococciques dès le début de leur injection ainsi que le recommandait le docteur Janet, ont eu de sérieux déboires...

Ils avaient évidemment le principe... peut-être n'avaient-ils pas la manière !

Aussi un certain nombre de ces praticiens ont préféré et préfèrent encore s'abstenir de tout traitement local — laisser leur malade couler à flots pendant 15

jours à 3 semaines — quitte ensuite à lui faire prendre des balsamiques qui, tarissant ses sécrétions, lui donneront une guérison trompeuse ; ou mieux : (et combien cela manque de logique !) à commencer à ce moment les grands lavages, sous prétexte qu'à cette période l'inflammation de l'urètre a rétrocédé et les gonocoques de par l'encombrement microbien ont perdu de leur vitalité et se laissent plus facilement exterminer.

Oui, mais pendant tout ce temps perdu, durant lequel on les a laissés évoluer à leur aise dans la place, que de dégâts ont-ils pu faire !

Le bon sens commande donc de traiter l'urétrite gonococcique par les grands lavages **dès son début** et à quelque stade d'évolution qu'elle se présente.

Mais il ne faut pas se cacher qu'on entreprend ainsi une œuvre délicate, pleine d'embûches, pour laquelle il faudra agir avec prudence et circonspection.

Muni d'une technique bien réglée et dont on possèdera à fond les finesses de maniement.

Exposer au médecin cette technique dans ses détails les plus minutieux, tel est le but que nous allons poursuivre maintenant.

Espérant ainsi parvenir à réduire le nombre des **contre-indications** des grands lavages dépendant de *l'acuité de la maladie* ou du *manque d'expérience du médecin*, assez sage cependant pour s'abstenir lorsqu'il ne se sent pas à la hauteur de sa tâche.

Une seule contre-indication devrait subsister, c'est la *condition sociale du malade* manquant de temps et de

confort pour recevoir les soins nécessaires. Et encore ?

Il y a un gros progrès à réaliser au point de vue hospitalier à ce sujet !!

II. — Pourquoi le permanganate reste-t-il le médicament de choix.

« Primum non nocere » !

Respecter l'intégrité et la vitalité physiologique de l'épithélium cylindrique de la muqueuse urétrale qui, par son pouvoir phagocytaire, possède une arme de combat précieuse dont il ne faut à tout prix se démunir.

Telles sont les paroles qui devraient être gravées en lettres d'or sur la porte de la salle de traitement de tout spécialiste !

. . . . . .

Or bien des médicaments ont été employés.

Parmi les principaux nous citerons le sublimé, l'oxycyanure de mercure, le nitrate d'argent, le protargol, l'argyrol.

Les sels de mercure et *le nitrate d'argent* sont trop irritants et trop desquamants pour l'urètre et doivent être complètement abandonnés.

Le *protargol* et surtout *l'argyrol* le sont à un degré beaucoup moindre, possédant un grand pouvoir microbicide et pourront rendre des services lorsqu'il nous faudra changer de médicament à la période de déclin, mais sont encore trop irritants (surtout le pro-

targol) à la période de début ou d'état s'ils doivent être employés de façon fréquente et prolongée. D'ailleurs s'ils sont très efficaces pour tuer le gonocoque superficiel, ils ne peuvent rien ou peu de chose contre le gonocoque sous-épithelial, ne stimulant pas la muqueuse à son expulsion, comme le fait le **permanganate de potasse.**

Celui-ci reste en effet le médicament de choix parce que, en dépit d'une *vertu microbicide relativement faible*, il provoque une irritation et une desquamation minime lorsqu'il est discrètement manié et *agit surtout par le léger œdème, la réaction séreuse et l'appel leucocytaire qu'il provoque.*

Il faut donc bien se pénétrer de ce principe que le lavage au permanganate doit agir :

1° Comme *balayage mécanique* ;

2° Comme *stimulant de la réaction de la défense de muqueuse* ;

3° Enfin *comme antiseptique faible.*

III. — Des lavages antérieurs et des lavages urétro-vésicaux. Leurs indications respectives.

Les grands lavages que l'on peut être appelé à pratiquer dans le traitement de l'urétrite blennoragique sont de deux sortes :

1° **Les lavages de l'urètre antérieur seul,** jusqu'au sphincter membraneux ;

2° **Les lavages de l'urètre total, lavages urétro-vésicaux,** suivant que l'infection est localisée à la partie antérieure de l'urètre ou à sa totalité.

Cette différenciation nous sera indiquée par l'*examen des deux verres*.

Examen des deux verres. — Nous insisterons sur ce genre d'examen — il est des plus importants. C'est lui qui nous guidera dans la décision que nous aurons à prendre.

Il faut donc prier le malade de *rester toujours au moins deux ou trois heures sans uriner* avant de venir à notre consultation.

On le fait alors uriner dans un *premier verre* la valeur de 100 centimètres cubes à peu près — plus, s'il le peut. C'est la quantité nécessaire pour bien balayer l'urètre — et rejeter *le reste du contenu vésical dans un deuxième verre*.

a) Si le *deuxième verre* est absolument *clair et limpide*, on en déduit que l'infection est limitée à l'urètre antérieur et que l'urètre postérieur est indemne, du moins pour le moment.

b) Si, au contraire, les *urines sont troubles dans les deux verres* nous en concluerons que l'urètre postérieur est atteint (non sans avoir fait l'épreuve de l'acide acétique dont nous parlerons plus loin).

Nous savons, en effet, que, lorsque l'urètre postérieur suppure, le pus, contenu par la tonicité du sphincter, ne s'écoule que partiellement dans l'urètre antérieur et refoule au contraire dans la vessie dont il vient troubler

le milieu. Une partie de celui-ci, d'ailleurs pendant les quelques secondes qui précèdent l'ouverture complète du sphincter au moment de la miction, descend momentanément jusque dans l'urètre prostatique, est refoulé de nouveau dans la vessie jusqu'à ce que le sphincter s'ouvre définitivement.

Voici donc deux raisons pour que le milieu vésical soit uniformément troublé lorsqu'il y a suppuration de l'urètre postérieur.

Dans ces conditions, *3 éventualités* pourront se produire :

1° **Le 2e verre est clair** : l'urètre antérieur seul est atteint pour l'instant du moins. Nous nous bornerons, par principe, à ne faire que *des lavages antérieurs, tant que ce 2e verre restera clair*, tout en le surveillant de très près.

Nous pourrons ainsi guérir un nombre très appréciable de malades, nombre d'autant plus important que nous agirons avec plus de légèreté de main, un lavage antérieur poussé un peu trop loin pouvant suffire à rejeter l'infection dans l'urètre postérieur.

2° **Le 2e verre se trouble en cours de traitement** L'urtérite devient totale, nous commencerons les lavages urétro-vésicaux.

3° **Les deux verres sont troubles d'emblée à la première consultation**. Nous entreprendrons de suite, ou le plus tôt que nous le permettra l'état inflammatoire de l'urètre, les lavages totaux.

Voici donc notre façon précise de comprendre les

indications respectives des lavages antérieurs et uretro-vésicaux, conception dont le docteur Janet s'est fait l'ardent défenseur.

C'est qu'il n'est pas toujours d'accord avec ses confrères à ce sujet !

Pourquoi, lui objecte-t-on, attendre que le gonocoque s'infiltre dans l'urètre postérieur et y provoque des signes nets d'envahissement, pour laver cette partie de l'urètre ?

Ne serait-il pas plus logique de le faire de suite, préventivement, afin d'y arrêter la pullulation microbienne qui peut y être en incubation lorsque le malade se présente à vous ?

Vous perdez du temps et votre façon de faire n'est pas conforme au principe qui dicte les grands lavages !

Evidemment, au premier abord, cette objection est assez troublante... Que répond le maître à ce coup droit ? Ceci : Vous avez dû constater que sur le nombre des malades qui se présentent à notre consultation un tiers seulement présente une urétrite totale d'emblée, les deux tiers, une urétrite simplement antérieure, et que parmi cette deuxième catégorie, un tiers seulement voit son urètre postérieur se prendre dans le cours du traitement.

Donc, si nous voulons adopter le principe des lavages urétro-vésicaux d'emblée chez tous nos malades, même s'ils ne présentent pas de signes d'infection de l'urètre postérieur, sous prétexte de gagner quelques jours dans e traitement de ceux dont l'urètre postérieur n'est pas

pris mais se prendra ; nous allons condamner les autres, plus nombreux et qui auraient parfaitement guéri avec les lavages antérieurs simples et exempts de danger, aux désagréments et aux fatigues des lavages urétro-vésicaux ; repousser dans leur urètre postérieur des gonocoques qui n'y seraient peut-être jamais parvenus et les exposer à toutes les complications que peuvent comporter l'urétrite postérieure et son traitement !

En avons-nous le droit ? et cette façon de faire ne manque-t-elle pas aussi, sinon de logique, du moins de sagesse !

Pour ma part, je me range à l'opinion de mon maître *et je n'entreprends les lavages urétro-vésicaux qu'en présence du trouble du 2e verre.*

IV. — Technique des grands lavages au point de vue purement mécanique.

1° Grands lavages de l'urètre antérieur.

Préparer le lavage avec *1 litre d'eau bouillie*, à une *température assez élevée* (*40 à 45°*).

Les températures de 45° sont facilement supportées par les malades qui s'y habituent rapidement.

Elles ont plusieurs avantages :

Celui d'être *très néfastes aux conditions biologiques du gonocoque* : il a été en effet reconnu que ce microbe ne prospérait plus à 39° et mourrait, maintenu six heures à 40°. (Thèse de A. Cocq, Paris, 1919).

Celui d'avoir une *action constrictive sur la muqueuse et ses glandes* et de mieux débarrasser l'urètre de ses secrétions.

Celui, enfin, *de franchir plus facilement le sphincter membraneux*, ce qui nous intéressera tout particulièrement lors des lavages totaux.

Pression. — Ceci fait, élever le récipient, à peu près **à 1 mètre** *au-dessus du plan de la table* sur laquelle on aura fait étendre le malade, après l'avoir prié d'uriner.

Cette **pression est bien suffisante.** J'insiste sur ce point des plus importants.

Bien des médecins ont, en effet, le tort de faire les lavages avec *une trop forte pression.* Dans ce geste imprudent réside déjà *la cause de bien des ennuis*, tels que *l'infection de l'urètre postérieur* et, en cas d'urétrite totale, les *folliculites*, poussées de *prostatite* et *d'épididymite* dues à une distension trop brutale de l'urètre dont le sphincter est récalcitrant, comme nous le verrons plus loin.

Que le praticien se persuade donc de ce principe absolu que la **douceur et la modération doit présider à tous ses gestes, qu'il doit obéir à l'urètre, ruser devant ses caprices et ne rien devoir à la force.**

Il est par conséquent inutile de monter le *fond* du récipient à plus de 1 mètre.

Dans certaines circonstances que nous préciserons dans la suite il sera cependant nécessaire de varier cette pression. Pour le moment il faut se contenter de celui-ci.

Ceci bien compris. Décalotter le gland, le nettoyer soigneusement ainsi que le méat et le prépuce avec un tampon de coton imbibé d'une solution *d'oxycyanure de mercure à 0 gr. 25 pour 1.000.*

Cet antiseptique étant plus puissant contre les microbes divers du méat qui sont tout prêts à infecter secondairement l'urètre aux diverses périodes de la maladie.

— *Examiner attentivement le méat* et sa conformation afin d'y découvrir certaines anomalies encore assez fréquentes, comme les orifices d'entrée de diverticules ou de trajets para-urétraux, tout au moins ceux qui débouchent dans la partie du méat accessible à la vue sans exploration instrumentale.

— Choisir une *canule* dont l'extrémité s'adapte bien à sa forme.

Ouvrir la *pince d'arrêt*, saisir, avec le pouce et l'index de la main droite, le *tube siphon* juste au-dessus de la canule que soutiendra le médius.

— Saisir la verge entre l'annulaire et l'auriculaire de la main gauche dont le pouce et l'index entr'ouvriront délicatement les lèvres du méat.

— Laisser s'écouler un peu de liquide, faisant en sorte que la canule ne se remplisse pas complètement et s'il y subsiste une *bulle d'air* dont les déplacements permettront d'apprécier la rapidité du flot et la pression endo-urétrale (surtout au cours du lavage postérieur).

— Projeter à une distance de quelques centimètres un jet sur le gland et à l'intérieur du méat.

— Au moment où celui-ci s'y applique, laisser s'écouler le liquide pendant 1 ou 2 secondes.

— Retirer la canule de quelques millimètres, pendant le même laps de temps, en fermant le tube avec le pouce et l'index, ce qui permet à l'urètre de se vider de son contenu.

— Réappliquer aussitôt la canule au méat en entr'ouvrant le pouce et l'index compresseurs. Nouveau jet de liquide dans le canal.

— Exécuter ainsi de suite les *mouvements alternatifs d'avance et de recul de la canule coïncidant avec l'ouverture et la fermeture du tube*, avec le même rythme jusqu'à la fin du lavage.

Cette petite manœuvre semble très simple. Elle l'est évidemment. Cependant elle peut être plus ou moins bien exécutée.

1° Quant à son *rythme* dont dépend la quantité de liquide envoyée dans l'urètre et qui doit être proportionnée à sa capacité ;

2° Quant à la *douceur de main* qui y préside.

Reprenons ces deux points :

1° **Le rythme du lavage**.

Il ne doit être *ni trop rapide*, la quantité de liquide projetée dans l'urètre n'est alors pas suffisante, le lavage est illusoire.

Ni trop lent ; on tombe dans l'inconvénient contraire, risquant de distendre l'urètre par un jet trop copieux ; ce qui peut être désagréable au malade, augmenter l'état inflammatoire de la muqueuse et projeter trop

loin le lavage qui, par excès de tension, force le sphincter et risque de colporter l'infection dans l'urètre postérieur qu'il n'a pas encore atteint et n'atteindra peut-être jamais.

Que d'ennuis et de difficultés on peut ainsi s'éviter en s'efforçant de ne pas commettre cette petite faute de rythme dont les inconvénients risqueront d'être encore plus sérieux si l'on a eu l'imprudence d'élever le récipient de lavage à une trop grande hauteur.

A ce propos, il importe de signaler ici un phénomène auquel il faudra toujours prendre garde car il doit nous faire modifier notre tactique.

C'est le fait du *sphincter trop complaisant* qui s'entrouvre pendant le lavage, même fait suivant les règles, et laisse filer le liquide jusque dans la vessie.

L'urètre n'expulse pas le *liquide* qui est *rejeté* de temps en temps *par petites gorgées par la vessie* et qui ressort le plus souvent *décoloré par l'urine*. Dans ce cas il faut laver d'emblée les 2 urètres.

Pour régler ce rythme il faut donc tâcher de se rendre compte de la quantité de liquide projeté dans le canal pendant un laps de temps donné d'application de la canule.

Pour cela, on peut, au moment du retrait de celle-ci, oblitérer une seconde le méat en le pinçant avec le pouce et l'index gauches — palper alors l'urètre afin de se rendre compte de son degré de tension et laisser ensuite s'échapper son contenu — on juge ainsi de sa

quantité et de la pression avec laquelle il est projeté au dehors.

Il sera facile alors de diminuer ou augmenter le temps d'application de la canule suivant qu'on aura trouvé la quantité de liquide injectée et la tension urétrale qu'elle aura provoquée, trop forte ou insuffisante.

Expression bulbaire

Il est bon d'interrompre aussi de temps en temps le lavage, pour aller exercer avec *le plat des derniers doigts de la main droite* une *douce pression d'arrière en avant sur la région bulbaire* — ce qui a l'avantage de montrer que le lavage a été suffisant en faisant ressortir une certaine quantité de liquide qui a tendance à séjourner dans le bulbe en raison de sa conformation en cul-de-sac, surtout dans la position couchée.

Le lavage est ainsi renouvelé.

Stagnation bulbaire

Cette stagnation est d'ailleurs *peu accentuée dans les urètres jeunes* ou en étant à leur première atteinte gonococcique.

Elle atteint, au contraire, souvent de *grandes proportions dans les urètres* ayant été visités plusieurs fois par le gonocoque et *ayant subi des traitements multiples et prolongés*. Leur tunique élastique est fatiguée, com-

me un vieux caoutchouc ; le bulbe par défaut de force rétractile se laisse distendre — Chez ces individus le « coup de piston » manque de force — ; ils perdent toujours quelques gouttes d'urine après la miction s'ils n'ont pas soin d'exercer une pression sur la région bulbaire.

Ainsi il est bon de penser à cette éventualité ; notre lavage n'en sera que plus parfait et plus efficace. Car cette expression bulbaire nous montrera quelquefois en ne ramenant aucun liquide, que notre lavage, en dépit d'une manœuvre nous semblant bien exécutée, n'a été qu'incomplet.

Nous en arrivons au **lavage illusoire.**

A) **Lavage illusoire**. — Pourquoi ce lavage n'a-t-il pas pénétré suffisamment?

a) Ce peut être, nous l'avons vu, tout simplement parce que la *canule n'a pas été appliquée assez longtemps au méat* par suite d'un rythme trop rapide.

b) La cause peut en être aussi dans *l'état anatomique de la verge* et *l'état anatomique et pathologique du méat et de l'urètre.*

1) **Etat anatomique de la verge.**

Il faut toujours bien examiner le *prépuce.*

Certains prépuces trop longs et étroits, atteints d'un certain degré de *phimosis*, peuvent, lorsqu'ils sont rétractés, *faire bride*, comprimer l'urètre au niveau du pourtour inférieur du sillon balano-préputial et empêcher complètement le lavage de passer; celui-ci balaye les 3 à 4 centimètres antérieurs de l'urètre, et c'est tout.

Quoi de surprenant qu'un pareil lavage ne donne pas de résultats satisfaisants ?

Il faut, dans ce cas, *faire le lavage en laissant le prépuce rabattu,* ne découvrant absolument que le méat.

2) **Etat anatomique de l'urètre.**

Certains *méats sont très larges*, la canule s'y applique mal, et si elle n'est pas exactement dirigée dans l'axe de la lumière du canal le jet se brise sur une des parois de la fosse naviculaire et pénètre mal.

D'autres, au contraire, *sont très étroits*, ou *mal conformés et orientés* comme chez les hypospades. Si le bec de la canule mal choisie est trop gros, une partie du lavage giclera à côté au lieu de pénétrer dans l'urètre (ce qui est d'ailleurs fort désagréable pour l'opérateur, dans les yeux duquel il peut sauter). *Choisissons donc bien nos canules* comme nous l'avons dit plus haut.

3) **Etat pathologique de l'urètre.**

En effet, il ne faut pas oublier que nous ne traitons pas une urétrite chronique, que nous avons affaire à un urètre dont la muqueuse présente un certain état inflammatoire, que la lumière du canal s'en trouve d'autant réduite par cette *muqueuse œdématiée, se décollant* et se *déplissant mal.*

Aussi il est assez fréquent que, dans le début du lavage, le liquide pénètre difficilement. Peu à peu la muqueuse agglutinée se laisse humecter, assouplir et le lavage se fraye un passage plus large.

Il est quelquefois nécessaire dans ces circonstances

de prolonger un peu le temps d'application de la canule au méat ou bien *d'augmenter timidement la pression* de quelques centimètres.

B) **Lavage trop copieux**. — Avons-nous au contraire injecté trop de liquide dans l'urètre par une *application trop prolongée de notre canule?* La sensation désagréable ou même douloureuse accusée par notre malade — celle de distension de l'urètre éprouvée par les derniers doigts de notre main gauche toujours en éveil — enfin la force avec laquelle est rejeté au dehors le liquide du lavage au moment du retrait de la canule, nous avertiront et nous feront modifier notre rythme.

2° **La douceur de main**. — Abordons maintenant la question de la douceur de main — qui sera d'ailleurs de plus grande importance encore quand nous tenterons les lavages postérieurs.

Ouvrons ici une parenthèse.

Je vois en effet s'esquisser, à ce propos, quelques sourires... « Mon Dieu, que d'histoires pour un malheureux lavage ! »

Oh ! évidemment, les infirmiers de ville, de cliniques ou de consultations hospitalières ne prennent pas tant de précautions (pas plus que pour mettre du vin en bouteille : ouvrir le robinet et le fermer quand la bouteille déborde) — de même que les malades qui se font leurs lavages... et cela ne les empêche pas de guérir.

« Voire » ! ? Comme on disait au moyen âge.

Et encore, il faudrait préciser dans quelles proportions et avec quels reliquats.

Pourquoi, parmi les victimes du gonocoque, le traitement de la chaudepisse a-t-il la réputation d'être douloureux ? — N'est-ce pas d'ailleurs tout naturel ! Ne faut-il pas souffrir pour guérir ? Combien de fois n'entend-on pas cette petite parole d'encouragement : « Faites-moi souffrir, docteur, cela m'est égal, mais guérissez moi vite ! « Pourquoi cette fausse réputation alors que, *chez le bon spécialiste cette thérapeutique ne doit pas être douloureuse ?*

Pourquoi les *folliculites*, *prostatites*, *orchites* abondent-elles à nos consultations hospitalières, nous forçant à faire appel aux éléments physiques et chimiques les plus variés pour lutter contre elles, alors que *dans le cabinet du spécialiste avisé et habile* elles **deviennent une rareté**.

Comme il serait donc plus facile d'éviter ces complications que de les guérir ! !

Comment ? Eh bien, en appliquant justement les principes de prudence et d'extrême douceur sur lesquels j'insisterai à tout instant dans le cours de cette étude — quitte à radoter — principes si souvent négligés et qui, pourtant, soit dit en passant, sont aussi profitables aux succès de clientèle du médecin qu'à l'intégrité des muqueuses qui lui sont confiées. Fermons la parenthèse.

C'est donc, très délicatement, qu'il faut appliquer la canule au méat pendant le rythme du lavage et non pas avec insouciance et même brutalité comme je l'ai vu faire quelquefois.

Il faut se surveiller de très près dans l'amplitude et l'orientation de ses gestes — avoir le poignet souple —

Le méat est généralement enflammé et même un peu œdematié, le moindre contact lui est pénible, il faut donc le réduire à son minimum sous peine de faire souffrir le patient et même de provoquer une tuméfaction plus grande du méat qui rendra, dans la suite, très pénible, les lavages postérieurs, s'ils deviennent nécessaires.

D'ailleurs certaines muqueuses — surtout lorsque l'affection est prise tout au début — se laissent *déplisser* si facilement que le liquide les pénètre jusqu'au bulbe avant même que la canule ait pris un réel contact avec le méat qu'il lui suffit d'effleurer.

La meilleure façon de rendre ces mouvements de va et vient le plus léger possible au méat est *d'en réduire au minimum leur amplitude* — 1 ou 2 millimètres de retrait suffisent au libre reflux du contenu urétral. La canule se meut ainsi imperceptiblement — le patient en perçoit à peine les déplacements...

Voici, décrits avec une abondance de détails ou de paroles qu'on pourra peut-être trouver exagérée — mais avec une conviction qui me sera, je l'espère, une excuse tous les principes dont on ne doit pas se départir lorsqu'on entreprend ce traitement si l'on ne veut pas s'exposer à des insuccès ou des complications —

2° Grands lavages uretro-vésicaux. — *La moitié du litre* de solution servira au *lavage de l'urètre antérieur* comme il a été dit précédemment.

Education du malade. — Ceci fait, prévenir le malade que l'on veut faire pénétrer la solution dans sa vessie — le rassurer sur l'inocuité de la manœuvre — chasser de lui toute appréhension.

— Encore, serait-il plus habile, si l'on juge son malade trop pusillanime etimpressionnable, de s'en tenir aux recommandations suivantes —

Le prier de respirer tranquillement, largement, et de faire le mouvement d'uriner — en lui faisant bien remarquer que, lorsqu'il commence à uriner, il ne fait aucun effort, ne pousse pas, mais se relâche, laisse tomber le bas ventre dont la pression pèse sur l'anus — qu'en somme le mouvement qu'on lui demande est surtout un **mouvement de laisser aller.**

— Cette remarque n'est pas inutile car bien des malades s'imaginent qu'il leur faut faire un effort quelconque, certains ferment la bouche, suspendent toute respirationet poussent de toutes leurs forces ou bien exécutent une série de contractions bulbaires (comme à la fin de la miction). Bien entendu, à part de rares exceptions, leur sphincter ne s'en ouvre pas plus pour cela — au contraire —

Ce que nous voulons, c'est le *relâchement le plus complet possible des muscles du périmé*, en particulier du releveur et du sphincter anal et membraneux —

Ces quelques paroles par lesquelles on s'efforce de mettre le malade en confiance et de lui faire comprendre son rôle sont donc des plus utiles et pourront faciliter beaucoup le lavage postérieur souvent très

difficultueux au début du traitement.

N'oublions pas que **c'est par la parole que le médecin doit franchir le sphincter de son malade et non par la pression !**

On pourra essayer aussi de distraire le patient pendant ces tentatives — éviter que son esprit ne se concentre par trop sur le mouvement qu'on lui demande — qu'il ne s'énerve, ce qui ne fait qu'augmenter le spasme sphincterien — de lui parler de tout autre chose. Le docteur Janet conseille cette petite ruse qui réussit quelquefois alors que toutes les recommandations faites plus haut ont échoué !...

Pendant cette petite conversation avec le malade — *appliquer doucement, mais intimement la canule* au niveau du méat.

— *Laisser s'écouler très lentement le liquide.* — Celui-ci descend d'abord facilement, remplissant peu à peu l'urètre antérieur dont la tension progressive est appréciée par les deux derniers doigts de la main gauche appliqués sur la face inférieure de la verge.

Puis le flot du liquide se ralentit peu à peu dans la canule, *son niveau et la bulle d'air tendent à s'immobiliser* et à remonter : c'est que **le sphincter ne s'est pas encore entr'ouvert**.

Il faut alors — ou *comprimer complètement le tube — ou le relâcher partiellement et le pincer alternativement* — tentatives timides et passagères, — ou, au besoin, *appliquer moins intimement la canule* aux lèvres du méat tout *en ouvrant le siphon partiellement et de*

façon continue — le liquide en excès de pression trouve ainsi une issue facile.

On peut essayer alternativement ces deux dernières manœuvres ; mais, en tous cas, **se garder de trop distendre l'urètre par une coupable insistance !**

Il ne faut donc pas « tendre et attendre » comme les accoucheurs, mais seulement « **attendre et ne pas tendre.** »

Il est absolument interdit de peser avec persistance sur un sphincter fermé, de toute la pression du récipient à 1 mètre de hauteur.

Pendant que l'on se livre à ces différents mouvements, exhorter encore le patient à uriner...

Bientôt on sent l'*urètre* devenir *plus flasque*, en même temps qu'un *léger flot réapparaît* dans la canule dont le niveau liquide s'abaisse : **le sphincter s'est entr'ouvert.**

Desserrer légèrement le pouce et l'index droits et laisser s'écouler *lentement* le lavage qui, parcourant l'urètre postérieur, parvient à la vessie.

Quelquefois même il a tendance à s'y précipiter trop rapidement. Il faut alors *en ralentir le cours*, sous peine d'être traumatisant pour la muqueuse. C'est une mesure d'autant plus prudente que, si le sphincter se contracte subitement, comme cela se voit assez souvent, surtout au début; en cas de lavage trop rapide, on n'a pas le temps de s'en apercevoir assez tôt pour arrêter ce débit trop abondant, et il se produit une distension très brutale et douloureuse de l'urètre qui réagit par une con-

traction violente, sorte de « coup de piston » qui expulse son contenu quelquefois à 50 centimètres.

On s'imagine facilement combien pareil incident peut être traumatisant pour une muqueuse déjà enflammée !

Bien des prostatites sont dues à l'imprudence de cette manœuvre trop hâtive et à ces « coups de bélier » répétés.

Laissez donc, au contraire, **s'écouler lentement votre liquide de lavage**, prêt à l'arrêter aussitôt que vous constaterez les **symptômes précurseurs du spasme sphincterien**. Quels sont-ils ?

Symptômes précurseurs du spasme sphincterien. — Si l'on est bon observateur, on voit en effet, dans ce cas : le *crémaster se rétracter* (j'ai presque toujours constaté ce phénomène), les testicules commencent un mouvement d'ascension vers le pubis — *la verge*, refoulée par un canal qui commence à se remplir un peu trop, a tendance à se redresser et étant immobilisée à son extrémité, *fait le gros dos*, si je puis m'exprimer ainsi..., la main gauche le perçoit très bien en même temps que ses *deux derniers doigts sentent l'urètre se tendre peu à peu — le flot s'est ralenti* et presque arrêté dans la canule. Gare ! le **sphincter a commencé sa contraction**, — c'est le moment de **comprimer immédiatement le tube** et de **retirer un peu la canule** afin que le liquide en excès s'échappe rapidement et facilement de l'urètre.

Tout ceci n'a duré que quelques secondes — Mais

vous avez prévenu un véritable coup de bélier. Soyez satisfait !... et recommencez la manœuvre du début... mais ayez soin, auparavant, si la tentative plus ou moins infructueuse s'est un peu prolongée, de laisser s'écouler le liquide qui a pu se refroidir dans le tube.

Plusieurs éventualités peuvent se produire pendant le lavage total. Il peut, en effet, se faire avec plus ou moins de facilité.

1° **Dans les cas heureux.** — Le liquide pénètre sans difficultés, régulièrement, sans à-coups — à peine, de temps à autre une très légère contraction sphinctérienne ralentissant le cours du liquide dont le niveau remonte un peu dans la canule sans que le flot disparaisse complètement — il suffit alors de diminuer un peu le débit auquel on rend sa force première lorsque le cours normal semble vouloir se rétablir. On prévient ainsi le spasme complet du sphincter tel que nous l'avons décrit tout à l'heure.

Dans ces conditions, on continue le lavage jusqu'à ce que le malade éprouve le besoin d'uriner, ou, si ce besoin ne se manifeste pas, jusqu'à épuisement de la solution.

On lui commande alors, *d'expulser de suite* (car le permanganate se réduit rapidement au contact de l'urine) *le contenu de sa vessie* soit dans la cuvette placée au-dessous de lui, soit dans un verre, après s'être levé — on se rend ainsi mieux compte de la quantité de liquide introduite.

Dans les cas faciles on arrive à faire un lavage de *150, 200, 250 cent. cubes.* C'est largement suffisant. *Il est inutile de s'efforcer de faire pénétrer un demi litre dans la vessie*, comme beaucoup se l'imaginent — ce genre de lavage risque d'être fatiguant.

Il faut même d'ailleurs, souvent se contenter de moins — surtout au début — c'est le fait du cas suivant.

2° **Cas encore relativement facile.** — Le lavage est *fréquemment interrompu par des spasmes complets du sphincter* avec envie impérieuse d'uriner — Dans ces conditions, laisser le malade expulser de suite le peu de liquide introduit (20, 50, 70 cent. cubes), puis recommencer ainsi jusqu'à épuisement de la solution.

Ce mode de lavage n'est d'ailleurs pas mauvais — par ces va et vient répétés, il pratique un bon nettoyage de l'urètre.

Peut-être est-il cependant plus fatiguant, étant données les contractions sphincteriennes multiples auxquelles il donne lieu.

D'ailleurs, le malade se familiarisera peu à peu et rentrera dans la première catégorie.

3° **Lavages totaux difficiles.** — Chez beaucoup de malades, malgré les bonnes paroles prodiguées, les *nerveux* ou ceux dont l'urètre présente un *état inflammatoire assez prononcé*, la moindre distension provoquant une sensation douloureuse, cause provocatrice de spasme

— on a beaucoup de difficultés pour passer. Quelquefois même cela est *absolument impossible*. Dans ce cas, il ne faut pas hésiter à pratiquer *l'anesthésie locale de l'urètre* avec une solution de novocaïne à 1 p. 100. (Il serait même plus prudent de l'employer au besoin dans le cas précédent).

Voici comment il faut procéder.

Anesthésie de l'urètre à la novocaïne

Avec la *seringue urétrale de Janet*, bouillie, (la même qui nous a servi pour le traitement abortif), aspirer à peu près **7 centimètres cubes d'une solution de novocaïne à 1 p. 100** contenue dans un flacon à large ouverture. Pousser doucement dans l'urètre de 5 à 7 centimètres cubes de cette solution — *fermer le meat* avec le pouce et l'index de la main gauche et *attendre ainsi quelques minutes* (2 à 3 suffisent en général). — Saisir la canule qu'on a laissée à portée de la main et, tout en *enserrant la base du gland entre l'annulaire et l'auriculaire gauche* afin de ne pas laisser s'échapper la solution anesthésiante, écarter avec le pouce et l'index de la même main les lèvres du meat et y *appliquer la canule*. — Relâcher les deux derniers doigts gauches et essayer de *faire pénétrer le liquide* comme il a été dit plus haut, *en poussant ainsi devant lui la novocaïne qui lui fraye son chemin*.

Grâce à cette anesthésie, notre malade peut alors

rentrer dans les deux premières catégories — ou bien rester dans la dernière... c'est un névropathe qui se suggestionne, s'énerve — ou bien sa muqueuse est encore trop enflammée — le lavage ne passe pas du tout, ou bien par d'insignifiantes gorgées suivies de révoltes du sphincter.

Dans ce cas, il est plus sage de ne pas continuer. Ce serait dangereux. *Ce sont en effet ces lavages postérieurs très difficiles qui sont une des causes les plus fréquentes des poussées de folliculites et de prostatite.* Il est facile de comprendre que toutes ces contractions brutales du sphincter sont autant de « coups de poing » sur la prostate.

Il faut donc **s'en tenir là et remettre au lendemain** l'espoir d'une tentative plus heureuse. Cette fois on essaiera d'une ruse que conseille le docteur Janet et qui lui a presque toujours réussi.

Elle consiste à **ne pas faire uriner le malade avant le lavage** et à le prier de le faire au moment où l'on commence à tenter le lavage postérieur : le sphincter, stimulé par le besoin d'évacuation de la vessie, s'entrouve plus facilement et le liquide du lavage, ayant une pression supérieure à celle de l'urine contenue dans la vessie, parvient à passer.

C'est un premier début, le malade a compris — et bien souvent le lendemain ou le surlendemain on parvient à franchir le sphincter sans employer ce procédé.

Si, malgré cette manœuvre, **on ne réussit pas**

encore, ne pas insister et **attendre encore au lendemain.** Peu à peu, l'inflammation urétrale s'atténuant et le malade se familiarisant avec ce genre d'exercice — les lavages postérieurs pourront se pratiquer sans avoir eu à brutaliser l'urètre. Certains pourraient être tentés d'augmenter la pression. Ce serait une dangereuse erreur.

Tout au plus seraient-ils autorisés à essayer ce que Janet appelle *le lavage appuyé*, qui consiste à presser d'une façon continue sur le sphincter, le méat étant complètement clos par la canule et les doigts qui tiennent le tube complètement relâchés, *mais à la seule condition d'abaisser la pression* jusqu'à ce qu'elle ne soit pas douloureusement ressentie par le malade.

C'est seulement en désespoir de cause que l'on pourrait être autorisé *à élever la pression* jusqu'à 1 m. 10, 1 m. 20, 1 m. 50, mais ceci uniquement lorsqu'on a affaire à une urétrite dépourvue d'inflammation — par conséquent *jamais au début ou à la période d'état* d'une blennorragie.

Il serait alors préférable, dans ces cas rebelles, de pratiquer les *lavages avec une sonde Nélaton*, n° 16 ou 14, lubréfiée de pommade soluble. (1) Ces lavages, exécutés avec douceur et asepsie, seront peut-être moins dangereux que des tentatives répétées et infructueuses de lavages sans sonde.

Encore n'y aurons-nous recours que contraints et forcés !

(1) Voici la formule de la pommade solubre adoptée par le Docteur Janet : Gomme adragante : 2 gr. — Solution d'acide à 1/1000 : 90 gr. Glycerine : 10 gr.

Condamnant expressément en principe toute introduction d'un instrument quelconque dans un urètre atteint de gonococcie même subaigüe.

Je dois dire que je n'ai jamais eu jusqu'ici l'occasion de voir le docteur Janet obligé d'employer ce procédé et que je n'ai jamais eu moi-même à y recourir.

Telles sont les règles que l'on doit observer dans la pratique correcte des grands lavages urétro-vésicaux.

Je terminerai cette étude de technique mécanique en insistant sur ce fait que *les deux mains et les yeux doivent être étroitement solidaires dans cette manœuvre.* Encore ces derniers sont-ils les moins utiles.

La *main gauche* dont le rôle est si important peut les remplacer. Je m'y suis exercé souvent, car elle **n'agit pas seulement comme soutien, mais surtout comme vigie** — renseignant sur la marche du lavage — sur sa rapidité (d'après l'intensité du frémissement senti à travers la paroi urétrale) sur la tension urétrale et donnant l'alerte en cas de tentative de révolte sphinctérienne.

Un aveugle, au sens tactile si développé, ferait parfaitement bien des lavages urétro vésicaux !

V. — **Conduite des grands lavages** (leur dose, leur nombre, leur fréquence) **suivant les diverses formes cliniques ou stades d'évolution de l'urétrite gonococcique.**

Voyons maintenant la façon dont devront être

conduits ces lavages suivant les diverses modalités cliniques sous lesquelles se présenteront les malades à notre consultation.

Nous ne classerons pas les malades d'après la date d'apparition de leur écoulement.

a) *celle-ci étant bien hypothétique* — bien des malades ne constatant leur sécrétion que plusieurs heures 12, 24 heures même après son apparition réelle.

b) *L'acuité de l'urètrite* n'étant *pas toujours proportionnée au laps de temps écoulé* depuis l'apparition de la sécrétion : 1° le *gonocoque* contracté peut n'avoir qu'une *vorulence atténuée* ; 2° la *puissance phagocytaire* de l'épithélium urétral étant *variable* suivant les individus

C'est ainsi que nous verrons des malades ayant constaté, une huitaine de jours après un coït, une secrétion surtout matinale. depuis 5, 6 8 jours même, secrétion qui est restée stationnaire sans prendre les proportion d'un écoulement — blanc jaunâtre et bondée de gonocoques — et ne s'accompagnant d'aucun signe d'inflammation de l'urètre.

D'autres, au contraire, arrivent avec un écoulement abondant qu'ils disent avoir constaté pour la première fois la veille ou l'avant-veille, seulement 2 ou 3 jours après un coït.

Nous nous baserons donc uniquement sur l'intensité des phénomènes inflammatoires et l'étendue en surface et en profondeur de l'infection, en allant du simple au complexe.

1° **Urétrite antérieure subaigüe** (période de début).

— C'est le cas le plus fréquent. Vingt-quatre heures plus tôt, peut-être, ce malade était justiciable du traitement abortif.

Symptômes. — Actuellement il se présente avec une *sécrétion jaunâtre, assez abondante*, s'écoulant seule hors du méat, dans laquelle on trouve de nombreux gonocoques intra et extra cellulaires, de nombreux leucocytes polynucléaires et quelques cellules épithéliales.

Le *méat est rouge*, quelquefois même légèrement œdématié, un peu douloureux.

Le malade accuse une *légère cuisson à la miction.* Son *premier verre* d'urine est *trouble*, sans filaments, parce que la sécrétion bien purulente et non mucopurulente s'est complètement dissoute dans l'urine. Son *22e verre* est *clair*.

L'urétrite n'est qu'antérieure. Il faut commencer de suite les **grands lavages antérieurs.**

Traitement. — Nous pratiquerons donc de suite un lavage antérieur avec une solution de permanganate dosée à

0 gr. 10 centigr. pour 1000

et, avant de laisser partir le malade, nous lui ferons, une fois pour toutes, les **recommandations suivantes :**

1° **Uriner le plus tard possible après le lavage,** en ayant soin d'ailleurs d'ouvrir largement son pantalon et de sortir sa verge le plus doucement possible, « comme si elle était en verre de Venise! » ainsi que le dit Janet avec humour dans la *Folia urologica* de juin 1907).

Il évitera ainsi de traumatiser son urètre.

2° **Lui défendre**, pour la même raison, **de se traire la verge** plusieurs fois par jour afin d'amener au méat sa *sécrétion* et en apprécier les variations.

Ces petites manœuvres sont des plus dangereuses en favorisant la pénétration des gonocoques dans les nombreuses glandes de la muqueuse.

Il faudra, **soi-même, se garder d'en faire autant**. Une très légère pression au niveau de la fosse naviculaire suffit largement pour nous édifier sur l'évolution de la secrétion et la lecture des deux verres sera encore plus instructive.

3° Non seulement ne pas lui prescrire, mais plutôt lui **défendre de porter un suspensoir** qui, tant que l'urètre postérieur est indemne, est inutile et même peut être nuisible.

Bien des suspensoirs, en effet, sont mal confectionnés ; l'orifice par lequel passe la verge étant trop étroit, celle-ci se coude sur son rebord inférieur qui meurtrit l'urètre à ce niveau, irrite la muqueuse et empêche les sécrétions purulentes de s'écouler librement au dehors. Il faudra donc **ne le conseiller qu'en cas d'urétrite totale**, si, le malade étant examiné débout, la tunique élastique des bourses semble être trop flasque et mal remplir son rôle de suspensoir naturel — Encore faudra-t-il faire pratiquer une entaille sur le rebord inférieur de l'orifice de passage de la verge. C'est un petit détail sur lequel le docteur Janet insiste beaucoup à juste titre.

4° Lui prescrire **d'envelopper la verge d'un linge**

fin qu'il changera après chaque lavage et chaque miction pour ne pas se réinoculer au contact de linges souillés — et de ne pas profiter de la longueur de son prépuce pour le rabattre sur un *tampon de coton placé devant le méat* : Ce procédé est évidemment très commode mais il a *l'inconvénient de faire bouchon* et d'empêcher le libre écoulement de la secrétion.

5°) Ne lui prescrire, à part le régime alimentaire habituel sur lequel je n'insiste pas, **aucun médicament intérieur : aucun balsamique** (ceci à son grand désappointement en général) même pas du bicarbonate de soude, celui-ci rendant les urines trop alcalines, facilitant la précipitation des phosphates alcalino terreux dont la présence en suspension dans l'urine la rend plus irritante pour la muqueuse urétrale.

Des boissons abondantes (lait, tisane) suffiront. Telles sont les recommandations à faire après le 1er lavage.

Faire ensuite revenir le malade une douzaine d'heures après ; le soir si on l'a vu le matin, le lendemain matin si on l'a vu le soir.

Combien de lavages faut-il lui faire par jour?

A cette période, en général, **2 lavages** par jour sont nécessaires *pendant 5 à 8 jours en moyenne*, pour que l'infection gonococcique ne regagne pas complètement le terrain perdu. Pendant cette période la sécrétion se modifie peu à peu, elle devient moins épaisse, moins jaune, plus fluide ; puis, après avoir quelquefois augmenté à la suite des tout premiers lavages, elle devient

moins abondante. L'urine du premier verre tend à s'éclaircir, on y aperçoit de gros filaments, indice que *la sécrétion de purulente devient muco-purulente*,

On essaye alors de monter la dose à **0,15 centigr. pour 1000**, tout prêt à la diminuer si elle provoque un peu d'irritation et de recrudescence de la sécrétion.

On tente, d'autre part, **d'espacer les lavages** et de ne les pratiquer que **toutes les 24 heures**.

1) Si, après le premier intervalle de 24 heures, on constate que la sécrétion est plus abondante, plus purulente, contenant de plus nombreux gonocoques, que les urines sont plus sales que la séance précédente, si, en un mot, on a l'impression d'avoir perdu du temps, on revient aux lavages bi-quotidiens pendant quelques jours, au bout desquels on fait un nouvel essai de lavages quotidiens.

2) Si, à la suite de cet intervalle de 24 heures sans lavage, la sécrétion n'a pas augmenté, les urines ont les mêmes caractères que la veille, ceci prouve que les microbes n'ont pas eu le temps de reprendre une virulence et un développement suffisant pour regagner du terrain, que l'on arrive par conséquent à temps pour prévenir une repullulation, et qu'à partir de ce jour *un lavage par jour* sera suffisant. On voit, en effet, dans la suite la sécrétion se tarir beaucoup plus rapidement.

Trop laver nuit. — Car il faut bien se pénétrer de ce principe, *que trop laver nuit*. Bien des médecins, en effet, abusent des lavages, s'imaginant ainsi porter un

coup plus rapidement mortel et gagner du temps. Ils font ou font faire, pendant un laps de temps prolongé jusqu'à 3 lavages par jour.

Moi-même, ai succombé quelquefois à la tentation et ai reçu la réprimande du maître :

» Vous gaspillez vos munitions, me disait-il, alors que l'ennemi ne s'est pas encore reformé ! — Vous frappez dans le vide, épuisant ainsi vos moyens de défense auxquels le gonocoque s'habituera. — Vous fatiguez enfin l'épithélium de la muqueuse qui est votre précieux auxiliaire et compromettez sa puissance phagocytaire !

« **Sachez donc mesurer la durée d'action de vos lavages.** »

Voilà, en effet, un raisonnement parfaitement sensé. Pourquoi balayer un canal avant que sa muqueuse par sa réaction séreuse et leucocytaire n'ait rejeté à sa surface les gonocoques phagocytés ?

Rappelons-nous que notre lavage n'est que peu microbicide, qu'il a surtout une action mécanique et stimulatrice de la réaction de défense.

Donc, au bout d'un certain laps de temps 1 lavage quotidien devient suffisant.

La sécrétion se tarit peu à peu, devenant blanchâtre, légèrement glaireuse, c'est-à-dire plus muqueuse, apparaissant seulement à la suite de la pression du gland. Un examen microscopique, fait de temps à autre, y révèle la *présence de gonos en voie de décroissance*, moins nombreux, plus gros, indiquant une certaine lenteur à

se multiplier, dont certains éléments sont en 8 de chiffre incomplètement divisés ou de grosseur inégale ces caractères traduisant une certaine *dégénérescence de bon augure* et s'accompagnant d'une diminution du nombre des polynucléaires et d'une augmentation des cellules épithéliales de dimension moyenne, indice d'une certaine desquamation de la muqueuse.

En même temps les *urines du premier verre s'éclaircissent*, elles deviennent limpides, contenant encore d'assez nombreux filaments mucopurulents de dimensions moins importantes, mais encore assez lourds et tombant peu à peu au fond du verre. On y trouve de même des gonocoques présentant les mêmes caractères que dans la sécrétion, mais en plus petit nombre.

On peut à ce moment *monter la dose* **à 0 gr. 20 p. 1000** puis on passera **à 0,25 p. 1000** (*si cela est nécessaire*) lorsque les urines du 1er verre complètement limpides ne tiendront plus en suspension que des filaments moins nombreux, plus légers, se tenant « entre deux eaux ».

En général, à cette phase, qui correspond en moyenne à la *troisième ou quatrième semaine*, il n'y a plus du tout de secrétion au méat.

Il est temps **d'examiner à plusieurs reprises**, — tous les jours — **les filaments du 1er verre**. Tant qu'on y trouve quelques gonocoques — il faut souvent chercher longtemps ! — il faut continuer les lavages quotidiens.

Ces filaments peuvent disparaître complètement en

quelques jours, il faut alors commencer immédiatement les intervalles de traitement.

Mais, d'autre part, leur persistance ne doit pas faire prolonger les lavages, si plusieurs examens bactériologiques ont été négatifs.

Quelques uns de ces filaments sont longs et légers, transparents comme des lambeaux de toile d'araignée, ce sont des *filaments muqueux* contenant très peu de polynucléaires et de nombreuses cellules épithéliales dont la présence indique qu'il est temps de cesser les lavages.

Ne pas laver trop longtemps. — En effet, de même qu'il est mauvais de laver trop souvent, il est préjudiciable à l'urètre de le laver trop longtemps. C'est une faute que l'on est tenté de commettre et qui peut avoir des conséquences fâcheuses pour l'avenir.

Combien de sécrétions chroniques, de gouttes matinales, **sont dues à des lavages trop forts, trop nombreux, ou trop prolongés** ! (par défaut d'examen bactériologique ou par **diagnostic bactériologique erroné** !)

Intervalles. — Les signes macroscopiques et microscopiques nous faisant supposer que notre malade est guéri.

Tenter un **1er intervalle de 36 heures** sans lavage. Si après cet intervalle, aucune rechute ne se produit, c'est-à-dire s'il n'y a pas de réapparition de sécrétion, de filaments mucopurulents dans les urines ou si on ne

constate pas la présence de gonocoques dans les quelques filaments qui avaient pu y subsister.

Tenter un **2e intervalle de 36 heures**.

Puis, si l'examen est de nouveau favorable,

Tenter un **1er intervalle de 48 heures,** à la fin duquel après un examen minutieux et s'il est négatif on prescrit à son malade, après lui avoir fait un **lavage à 0 gr. 25/1000**, de *revenir dans 48 heures*, étant resté le plus longtemps possible sans uriner — **2e intervalle de 48 heures**.

Pratiquer un dernier examen microscopique — si l'on en trouve la substance. Si celui-ci est encore négatif, ne pas pratiquer de lavage et, après un **nouveau délai de 3 jours**, commencer les **épreuves de guérison** sur lesquelles nous reviendrons à la fin de cette étude.

Nous venons d'envisager l'évolution et le traitement d'une *urétrite antérieure subaigue banale* et sans incidents, *guérissant en moyenne en 3 semaines à 1 mois.*

Mais les choses ne se passent pas toujours aussi simplement. Pendant l'évolution de l'affection, en cours de traitement et à des périodes très variables, l'infection peut se propager à l'urètre postérieur et l'urétrite devenir totale.

2e **Urétrite subaigüe secondairement totale**.

Symptômes. — La sécrétion qui avait diminué, ou même presque disparu, redevient plus abondante. — Le 2e *verre d'urine se trouble* : l'urètre postérieur est infecté et suppure. Encore serait-il prudent avant de se prononcer et de prendre une nouvelle décision de verser **quelques gouttes d'acide acétique** dans ce second verre.

a) *Le trouble peut se dissiper.* On était en présence d'une simple précipitation de **phosphates ou de carbonates.**

b) *Le trouble peut encore s'accentuer.* Les urines deviennent opaques et floconneuses. Méfions-nous ; ce trouble était dû à du **liquide spermatique!**

En ce cas, un examen microscopique des urines centrifugées nous révèlera la présence d'un assez grand nombre de têtes de spermatozoïdes colorées par le bleu méthylène, sans polynucléaires.

Le docteur Janet attire l'attention sur cette embûche à laquelle on peut se laisser prendre si l'on n'est pas averti.

Certains malades, en effet, à la suite de l'abstinence prolongée que leur impose le traitement, peuvent avoir, à certaines mictions, un 2e verre trouble, par suite d'une *régurgitation de liquide spermatique dans la vessie.*

Cela n'est pas très fréquent mais il faut y penser, surtout lorsque le premier verre est resté clair.

Le médecin averti réservera donc son diagnostic, tout au moins pour 24 heures et s'abstiendra de laver l'urètre postérieur et, à la séance suivante, il aura souvent la bonne surprise de constater que le deuxième verre est de nouveau parfaitement clair.

C'est certainement, pense le docteur Janet, à cette erreur d'interprétation qu'est due l'efficacité d'une rapidité surprenante d'un, deux ou trois lavages postérieurs à la suite desquels le deuxième verre est complètement éclairci.

Car lorsque l'urètre postérieur est réellement infecté, il lui faut au moins, comme nous le verrons, de 5 à 8 ou 10 jours à peu près pour se dégager et pour que les urines du 2e verre deviennent limpides.

c) Enfin le *trouble ayant simplement persisté* et le diagnostic **d'envahissement de l'urètre postérieur étant posé,** quelle est la conduite à tenir?

Traitement. — Il faut **immédiatement commencer les lavages totaux** selon la technique que nous avons exposée.

Reprendre, pour débuter, la *dose de* **0** gr. **10 pour 1000**. Puis, *lorsque le 2e verre commence à s'éclaircir notablement* (en général au bout de 4 à 6 jours lorsque l'infection de l'urètre postérieur reste superficielle), on passe à la dose **0** gr. **15 p. 1000**.

Quelques jours après le 2e *verre est complètement clair*. Le 1er verre est à peine louche avec des filaments. On peut monter à **0** gr. **20 p. 1000**.

Et prendre enfin, comme dans l'urétrite antérieure précédemment décrite, les lavages à **0** gr. **25 p. 1000,** lorsque le *1e verre est clair* avec des filaments moins purulents.

On pourrait même, à ce stade, se contenter de faire des lavages antérieurs quand le 2e verre est resté clair depuis quelques jours.

Il est cependant plus prudent de continuer les lavages totaux. On risque moins ainsi une rechute d'urétrite postérieure.

La conduite à tenir ensuite est la même que dans le

cas précédent, au point de vue de la terminaison du traitement : mêmes intervalles, mêmes épreuves.

3° Urétite subaïgue totale d'emblée

Le malade peut aussi se présenter avec une urétrite de même acuité que précédemment, mais totale.

C'est évidemment plus souvent le cas de celui qui arrive plus tard, en pleine période d'état, avec une urétrite aiguë ou même suraiguë — n'ayant pu se soigner plus tôt ou encore imbu de ce vieux principe qu'il faut laisser couler une chaudepisse pendant 10 à 15 jours avant de la faire traiter !

Quoiqu'il en soit, en présence de cette éventualité, il ne faudra **pas trop se hâter de pratiquer les lavages totaux**. Il sera plus **prudent de laver l'urêtre antérieur pendant quelques séances** au bout desquelles cette portion de l'urètre étant déjà un peu nettoyée et moins enflammée, on commencera les lavages de l'urètre postérieur qui seront de ce fait plus faciles et moins dangereux.

La marche à suivre sera ensuite la même que tout à l'heure, si ce n'est qu'il y faudra apporter *encore plus de prudence et de douceur*, ayant affaire à une muqueuse plus enflammée et infectée que lorsque l'urètre postérieur ne s'est pris que plusieurs jours après le début du traitement.

4° Urétrite aiguë en pleine période d'état.

L'écoulement est très abondant, souillant rapidement le linge.

Le *méat* est rouge, *œdematié* — l'œdeme peut même commencer à gagner le bourrelet prépulial au-dessous du gland.

Par la palpation extérieure on sent *l'urètre tuméfié* et douloureux — il y a un peu *d'adénopathie* inguinale.

La miction est pénible, évoquant les classiques « lames de rasoir ».

1) *Antérieure.* — L'urètrite peut, malgré tout, n'être qu'antérieure.

C'est en présence de ce cas, qu'il faut faire preuve de décision et de confiance en soi.

Il faut en effet **ne pas temporiser** en se contentant d'un traitement d'attente, émollient et décongestif ; le malade a déjà assez perdu de temps comme cela !

Il faut « foncer de suite sur l'ennemi » qui n'a déjà que trop gagné de terrain. Mais sachons que l'arme que nous allons employer est une arme à double tranchant, dangereuse, si nous ne la manions pas avec toute l'habileté voulue et qu'à la moindre défaillance bien des complications menacent notre patient !

Il faut donc **commencer de suite les lavages antérieurs**, mais avec une douceur extrême et une **très faible dose : 0,05 p. 1.000.**

Puis, lorsque l'état inflammatoire aigu commencera à s'atténuer, on passera à 0 gr. 10 et l'on suivra la progression décrite plus haut dès que l'urétrite rentrera dans la catégorie subaigue.

2) *Totale.* — En cas d'urétrite aigüe totale d'emblée, il faudra se comporter comme précédemment et **ne tenter le lavage postérieur que lorsque l'inflammation de l'urètre sera en voie de décroissance**, et ceci avec la discrétion et la patience recommandée au chapitre de la technique mécanique.

5° Urétrite à la période de déclin

Le malade peut se présenter à la période de déclin de son urétrite, alors qu'il n'y a plus trace d'inflammation urétrale, que les gonocoques commencent à s'épuiser par une reproduction trop intense et des conditions de vitalité compromises par l'encombrement microbien et un certain degré de vaccination du porteur.

La sécrétion est minime et ne consiste souvent qu'en *une goutte le matin* et *l'agglutination des lèvres du méat* dans la journée.

L'urétrite est antérieure ou totale et rentre dans la catégorie des urétrites subaigues.

A cette période, le *traitement* par les grands lavages est *beaucoup plus facile à entreprendre* et demande beaucoup moins de précautions au point de vue manuel et de doses à employer.

La muqueuse réagissant beaucoup moins au médicatement et permettant des écarts de doses plus larges et plus rapides.

On commencera donc le lavage à **0 g. 10 p. 1.000** pour passer assez rapidement à **0 g. 15, 0 g. 20** et **0 g. 25** si cela est nécessaire. Mais bien souvent, on peut obtenir la stérilisation de l'urètre avec des lavages à **0.15** ou **0.20 p. 1.000**

En effet, **finir ces traitements à o gr. 25 p. 1.000 n'est pas un principe absolu**. Si le résultat désiré est obtenu avec une dose inférieure, il est absolument inutile de l'augmenter, on doit toujours s'efforcer **d'obtenir le maximum d'effet avec le minimum de dose** et n'augmenter la dose employée que lorsque la marche des progrès semble se stabiliser. L'intégrité de l'épithélium n'en sera que mieux conservée.

Parmi ces malades venant nous trouver à la période de déclin de leur blennoragie, il en est qui ont été déjà ou se sont soignés eux-mêmes tant bien que mal avec des injections ou lavages au permanganate plus ou moins concentrés et conduits d'une façon plus ou moins rationnelle. Ils nous consultent parce que leur état est stationnaire depuis quelques temps.

Dans ces conditions, à moins que l'on ne trouve des raisons particulières à cette stabilisation, il sera bon d'abandonner momentanément le permanganate dont l'action semble s'être épuisée à la suite d'un usage défectueux ou immodéré et d'adopter l'argyrol. Nous en reparlerons plus loin à propos de l'inefficacité du traitement.

VI. Modification dans la conduite du traitement suivant diverses éventualités.

Telle est la manière de conduire les grands lavages suivant les différentes modalités cliniques d'urétrites gonococciques qui peuvent se présenter à nous, mais évoluant d'une façon que nous qualifierons de normale et satisfaisante pendant notre traitement dont la *durée peut varier, en moyenne, de 3 à 6 semaines.*

Malheureusement les choses peuvent ne pas se passer toujours aussi simplement.

1° Susceptibilité particulière de certaines muqueuses. — Certaines muqueuses réagissent de façon *fort* intense aux lavages.

Soit **au début** *du traitement* — si l'on a pris une dose un peu trop forte (0 gr. 15 ou 0 gr. 20 par exemple, ou même 0 gr. 10 chez certains) — le malade accusant une cuisson pénible, le méat est un peu œdématié, la sécrétion devient plus abondante; il faut alors **descendre jusqu'à 0 gr. 05 p. 1000** au besoin.

Soit *dans le cours du traitement*, à propos d'une tentative d'augmentation de la concentration du lavage. Dans ce cas, c'est surtout la *recrudescence de la sécrétion,* qui était en voie de régression, qui vous l'indique, de même que son examen microscopique qui vous révèle souvent une disproportion très nette entre le nombre des gonocoques et son abondance.

Il faut alors **revenir à la dose de la veille**, du moins pendant quelques jours, quitte à tenter dans la suite un nouvel essai.

C'est dire qu'il est absolument **impossible d'établir une règle absolue**, au point de vue de la concentration des lavages, suivant les cas et les périodes d'évolution de chaque cas.

C'est uniquement une question de doigté, de tâtonnement dans laquelle l'**étude méticuleuse macroscopique et microscopique des réactions urétrales doivent surtout nous guider.**

D'ailleurs, étant donnée la faiblesse des doses que nous conseillons maintenant et leur douce progression, non suivant des périodes déterminées, mais uniquement suivant les symptômes quotidiens constatés, le praticien s'entoure du plus de garanties possible et est peu exposé à voir chez ses malades de grosses réactions urétrales.

Celles-ci risquaient d'être plus fréquentes alors que l'on commençait en général les lavages avec des doses de 0 gr. 20, 0 gr. 25, et qu'on les finissait à 0,35 et 0,40 pour 1000.

Le docteur Janet a longtemps employé ces doses. Ce n'est que depuis quelques années qu'il a trouvé plus sage et tout aussi efficace d'adopter les concentrations plus faibles que nous avons indiquées.

2° Apparition de complications

Nous avons vu que, dans les cours de l'évolution de la blennorhagie, l'urètre prostatique peut se prendre, s'il ne l'était pas d'emblée. Dans les cas que nous avons envisagés l'infection n'est que superficielle et disparaît en une huitaine de jours à la suite des lavages postérieurs.

A un degré de plus d'envahissement en profondeur, nous aurons :

a) *La prostatite glandulaire superficielle.* — Celle-ci peut passer *inaperçue* ou ne se manifester que par *quelques signes cliniques* peu accusés, mais dont il faut toujours guetter l'apparition.

Envies un peu plus fréquentes d'uriner avec légère sensation de chaleur au périné qui peuvent même ne pas attirer l'attention du malade si on ne l'interroge pas à ce sujet.

Urine du 2e verre très trouble et surtout *s'éclaircissant* plus difficilement, *plus lentement* que dans le cas précédent. Le *toucher prostatique* ne révèle, la plupart du temps, *rien d'appréciable* au point de vue volume et consistance, un peu de sensibilité tout au plus.

A cette période, le *massage* peut évidemment rendre service en évacuant lès petits foyers infectieux superficiels et les rendant plus accessibles aux lavages.. Encore les choses s'arrangent-elles bien souvent très simplement sans qu'il soit nécessaire de se livrer à cette pratique.

En somme, c'est un incident peu sérieux qui pourrait même passer inaperçu si on n'interrogeait pas minutieusement son malade.

Il suffit d'être prudent, de **s'en tenir aux faibles doses** (**0 gr. 10 p. 1.000**) afin d'éviter l'apparition de la forme suivante :

b) *Prostatite glandulaire profonde.* — Les culs de sacs glandulaires profonds sont envahis par l'infection microbienne, en quelque sorte infiltrés.

1° Ces infections profondes peuvent, quelquefois, ne provoquer *aucun phénomène de réaction générale.* Dans ces conditions, l'examen des urines et le toucher prostatique éclairent le diagnostic.

Ce **toucher prostatique** peut donner aussi des renseignements variables :

a) ou bien *la prostate est un peu augmentée de volume dans son ensemble*, tendue, douloureuse ou de consistance un peu œdémateuse.

b) ou bien *un seul lobe* présente ces caractères, l'autre étant presque normal ou même un peu mou.

c) ou bien, type très fréquent, ce sont seulement *un ou deux des angles ou bords latéraux* qui sont augmentés de volume, indurés, de consistance cartilagineuse, tranchant sur le reste de l'organe plus élastique — un côté peut se dégager quand l'autre se prend : on voit ainsi des *prostatites à bascule.*

2° Cependant, assez souvent, surtout lorsqu'il y a légère participation inflammatoire des tissus intersti-

tiels, on assiste au *tableau fonctionnel et général de la* **Prostatite subaiguë** : envies fréquentes d'uriner, mictions pénibles, pesanteur douloureuse au périné, en avant de l'anus.

La station assise, la marche, les secousses en voiture sont pénibles — léger mouvement fébrile.

La sécrétion est devenue plus abondante et les urines des deux verres sont très troubles, — *celles du 2e verre sont quelquefois plus troubles que celles du 1er* (signe pathognomonique). C'est la poussée de prostatite subaiguë.

Il faut de suite instituer un **traitement décongestif sérieux** : *Bains de siège très chauds* (2 à 3par jour) *Petits lavements très chauds* de 60 centimètres cubes dans lesquels on versera 1 cuillère à café d'**Ichthyol à 5 p. 100** et à **garder** après un grand lavement tiède évacuateur — ou bien **suppositoires rectaux** ainsi formulés :

Ichthyol 0 gr 25
Extrait de belladonne 0 gr. 03
Extrait de jusquiame 0 gr. 02
Extrait d'opium 0 gr. 01
Beurre de cacao 5 gr.

Pour 1 suppositoire n° 10, 1 à 2 suppositoires par jour.

Conseiller au malade de garder le repos complet, en maintenant une bouteille ou une vessie d'eau très chaude appliquée sur le périné.

Lait. Boissons abondantes. Aucun médicament.

Enfin et surtout ne pas abandonner la partie et

continuer les lavages, mais par exemple à une dose très faible **0** gr, **05 p. 1000** et même 0 gr. 10 p. 1000 *qu'il ne faut pas dépasser*, avec une **bonne anesthésie à la novocaïne** et une « main d'ange ». Grâce à ce traitement les phénomènes inflammatoires s'éteignent en une huitaine de jours à peu près ; mais les urines mettent en général 3 semaines à s'éclaircir.

C'est à ce propos que nous aborderons la question si discutée :

De l'opportunité des massages dans les prostatites

Beaucoup de spécialistes mettent en effet les massages au premier rang des moyens de traitement des prostatites.

Ils n'hésitent pas à masser d'autorité tous leurs malades atteints de prostatites dans le cours de leur blennorhagie, quelle que soit son degré d'acuité.

D'après le docteur Janet, et je partage son opinion, **on abuse des massages dans les prostatites au cours de l'uretrite gonococcique**. Cette manœuvre ne peut être réellement utile que lorsque les foyers inflammatoires découverts dans la prostate, commencent à se ramollir et à évacuer leur contenu sous l'influence de l'expression digitale.

En ce cas le massage prostatique pratiqué avec douceur et méthode, peut être efficace et hâter le retour de la prostate à l'état normal.

En cas contraire — foyers durs, douloureux, non

secrétants — il ne peut être qu'inutile, pénible ou même dangereux, risquant de faire diffuser l'infection dans les culs de sac glandulaires voisins ou les tissus interstitiels, exposant ainsi le malade à une poussée plus aigue de prostatite que nous aborderons plus loin, où bien à l'épididymite.

En résumé : nous conseillerons de **s'abstenir du massage** dans les circonstances suivantes :

1° *Pendant la période d'acuité de toute prostatite* ;

2° *Si la prostate semble vouloir se dégager naturellement*, les urines du 2° verre s'éclaircissant de façon progressive et satisfaisante ;

3° *Tant qu'une tentative isolée d'expression digitale n'aura donné lieu à aucune issue de secrétion purulente.*

En dehors de ces contre-indications, **nous ne pratiquerons le massage** que :

Si le *trouble persistant des urines* et les renseignements donnés par le toucher indiquent que la *prostate* tarde à se dégager. Si celle-ci est *mollasse, atone et donne à la pression une secrétion purulente dans laquelle on trouve encore des gonocoques.* (secrétion soit visible au meat — soit dans le 3° verre d'urine aprés massage et centrifugation).

Il n'est pas niable que dans ces conditions le massage rende les plus grands services.

Encore faudra-t-il ne le pratiquer que sur les parties de la prostate qui en sont justiciables. Tous les points atteints n'évoluant pas toujours avec la même rapidité.

nique, n'ayant abordé la question de ses indications que comme adjuvant des lavages.

c) *Prostatite glandulaire et interstitielle.*. — Celle-ci s'accompagne généralement de troubles fonctionnels et généraux bruyants, c'est le **tableau de la prostatite aiguë** — *avec tendance à l'abcédation.*

Envies très fréquentes d'uriner, miction très difficile pouvant aller jusqu'à la retention d'urine qui nécessite l'abandon momentané des lavages et les sondages répétés dont nous parlerons tout à l'heure.

Douleurs aiguës au niveau du périné, du bas-ventre et irradiations dans les jambes.

Ascension de température pouvant aller jusqu'à 39-39,5. Au **toucher rectal :** la *prostate* est au niveau d'un seul lobe, ou dans tout son ensemble *augmenté de volume*, tendue, *dure et très douloureuse* à la pression digitale qui peut ne donner issue à aucune sécrétion purulente. Cette forme relève cependant du *même traitement* que la forme précédente — sauf en cas de **retention aiguë** : il faut alors *suspendre les lavages* et pratiquer plusieurs fois dans les 24 heures des *sondages avec une sonde Nelaton n° 13 ou 14*, lubréfié avec de la pommade soluble, après lavage de l'urètre antérieur avec une solution faible de permanganate.

Nous n'entrerons pas ici dans les détails de sa technique.

On reprendra les lavages, cette crise aiguë passée, alors que la poussée conjestive et inflammatoire aura retrocédé. Un peu plus tard les *massages* pourront être

indiqués dans les conditions exposées plus haut.

Cependant, **cette forme peut être justiciable d'une intervention chirurgicale** consistant en l'incision, par la voie périnéale, d'un ou des deux lobes prostatiques atteints : Il ne s'écoulera quelquefois que quelques gouttes de pus, mais on effondrera au doigt ou à la curette toutes les cloisons trabéculaires délimitant de nombreuses cavités dans lesquelles séjournent les sécrétions et les colonies microbiennes, faisant ainsi œuvre utile.

Ce sont en particulier les *formes avec tendances à l'abcédation* qui relèvent de ce genre de traitement que préconise mon maître, M. le docteur Marion.

Il est certain que par ce procédé radical, la guérison est souvent obtenue de façon plus rapide et plus complète qu'avec le traitement médical qui, s'il n'est pas exécuté avec succès et régularité, chez le malade, peut l'exposer à des lésions chroniques interminables ou, du moins, très difficilement curables.

C'est évidemment le cas de tous les malades soignés dans nos services hospitaliers. Pour eux, j'estime qu'il n'y a pas à hésiter.

Mais, *en clientèle privée*, si le malade a le temps et les moyens de se faire soigner convenablement, **on peut encore, à ce degré, lui éviter une opération** et obtenir néanmoins la guérison complète en instituant le repos absolu, un traitement décogestif intense et en maniant les lavages, puis les massages avec opportunité, sagesse et patience.

d) *Abcès de la prostate.* — Enfin, à un dernier stade d'évolution — *chose encore plus exceptionnelle en clientèle privée* — la prostatite peut s'abcéder (par oblitération des conduits excréteurs et effondrement des cloisons interglandulaires).

Ces abcès peuvent se présenter sous **deux formes cliniques.**

a) Certains (ce sont en général de petits abcès sous-urétraux) restent **insidieux** et s'ouvrent un jour dans l'urètre, troublant plus, ou retroublant les urines qui s'étaient éclaircies depuis quelque temps ou qui, au contraire restaient louches malgré les lavages (dans ce dernier cas c'est à l'occasion d'un toucher prostatique explorateur qu'ils peuvent s'ouvrir).

C'est une issue favorable. C'est alors que les **massages seront souverains**, aidant efficacement à la complète évacuation de la petite cavité prostatique. Le toucher dénote dans ces prostates la présence d'une zone ramollie dans laquelle le doigt pénètre, le reste de l'organe donnant une impression plus résistante et élastique.

b) Le plus souvent ils font suite à la forme précédente — *1 ou les 2 lobes sont très augmentées de volume* — bombent plus ou moins vers le rectum et donnent au doigt la sensation de fluctuation. Quelquefois cependant, dans le cas des abcès centraux où se développant surtout vers l'urètre, la prostate, quoique tuméfiée, peut ne pas sembler très grosse, ne pas bomber vers le rectum. Dans ce cas, ce sont surtout les **battements**

artériels et la **violence des phénomènes fonctionnels** qui font faire le diagnostic d'abcédation.

La température est très élevée — la miction très pénible ou impossible — le malade accuse des élancements aigus dans le périné avec irradiation dans le bassin et la jambe du côté atteint ou des deux côtés si l'abcès est bilatéral.

Si l'abcès a commencé à s'ouvrir dans l'urètre, le massage peut faire sourdre une certaine quantité de pus. Cependant il est rare, que les massages soient suffisants pour arriver à évacuer complètement la cavité presque toujours cloisonnée et dont une seule loge a pu se vider. Il faut donc **intervenir d'urgence et aller ouvrir l'abcès par la voie périnéale** selon le procédé recommandé et décrit par le Dr Marion dans son traité de technique opératoire.

Nous terminerons cette étude seméiologique et thérapeutique des prostatites en insistant sur le fait que **les deux dernières formes**, et surtout la dernière, **doivent être absolument exceptionnelles dans la clientèle du médecin spécialiste possédant bien le maniement des grands lavages**, à moins, bien entendu, que les malades ne viennent le trouver déjà porteurs de cette complication, soit parce qu'ils ont négligé de se soigner, soit parce qu'ils se sont ou ont été traités de façon intempestive.

Je dois dire, personnellement, que **je n'ai jamais vu un blennorhagique de ville être forcé, pour guérir, d'avoir recours au chirurgien.**

Le docteur Janet que j'interviewais tout dernièrement à ce sujet, m'affirmait la même chose.

e) *Vesiculites.* — L'apparition de vesiculite dans le cours du traitement des uretrites gonococciques est beaucoup plus rare que celle des prostatites. Il sera sage cependant d'explorer les vesicules seminales lorsqu'on pratique le toucher prostatique *et de se garder* en cette occasion *de prendre pour une ou des vesicules enflammées de la périprostatite sous vesiculaire.*

On pourra trouver — **bien rarement** ! *une ou deux vesicules volumineuses, tendues et douloureuses* à la pression digitale qui, exercée d'arrière en avant peut faire sourdre une certaine quantité de pus bourrée de colonies gonococciques.

Quelquefois, il ne faut pas se laisser tromper par une vesicule un peu dilatée, mais souple et indolore à la pression qui évacue au méat, où après miction terminale de gros grumeaux transparents pouvant même conserver vaguement la forme des conduits glandulaires ramifiés de la vesicule (moules vésiculaires) et constitués par du liquide vésiculaire normal dans lequel le microscope décèle la présence de nombreux spermatozoïdes. *Il ne faut pas* se laisser induire en erreur par cette éventualité et *croire à de la vésiculite alors que l'on est simplement en présence d'une vésicule en rétention*, soit par suite d'une abstinence prolongée du malade, soit par compression de son canal éjaculateur par l'œdème de la muqueuse prostatique. Lorsqu'il y a réellement vésiculité et lorsque le diagnostic en a été

fait au début de son évolution, **les lavages et surtout les massages** suffiront en général pour obtenir l'évacuation de la vésicule, sa libération du gonocoque et la guérison complète.

f) *Epididymites*. — Encore une complication qui **doit être très rare** dans le cabinet du praticien prudent et expérimenté.

Nous ne voulons pas entrer ici dans l'étude détaillée des divers traitements de l'orchite (suspension sur planchette ouatée — application de glace ou de compresses très chaudes — de pommades au collargol ou à l'onguent gris belladoné — incision — injection d'électrargol dans la queue de l'épididyme — styppage et massage — enfin vaccination...)

Nous poserons une seule question :

Doit-on interrompre ou continuer les lavages ?

La plupart du temps on les suspend.

En réalité, **il serait beaucoup plus logique de les continuer à faible dose** bien entendu.

Pourquoi abandonner la lutte contre la cause première de l'épididymite — à savoir l'infection de l'urètre prostatique et l'œdème oblitérant de sa muqueuse. Mais la raison qui vous fait le plus souvent suspendre le traitement, c'est que le *malade doit rester couché* et que, de votre côté, vous n'avez guère le temps d'aller le soigner chez lui tous les jours...

Mieux vaut, dans ces conditions, interrompre les lavages, que de les faire pratiquer par le malade ou un

infirmier, *l'extrême douceur de main étant*, en la circonstance, *plus nécessaire que jamais*.

c) *Folliculites*. — Lorsqu'on constate l'apparition de folliculites (glandes de Littre, infectées, distendues, formant petit abcès para-urétral) — il faut d'abord faire un « mea culpa « !

Elles n'auraient pas du se prodnire si les lavages avaient été exécutés avec la « maestria nécessaire ».

Enfin, que faire en présence du fait accompli ?

Rien de particulier. Continuer les lavages en se surveillant de près et se gardant de trop distendre ou traumatiser l'urètre.

a) Ou bien ces *glandes resteront ouvertes*, et évacueront d'elles-mêmes leurs sécrétions et leurs gonocoques ;

b) Ou bien, à la fin du traitement, *un léger massage extérieur*, entre le pouce et l'index, **sans instrument endo urétral,** suffira à faciliter leur évacuation si elles ne sont pas enkystées ;

c) Ou bien si elles *se sont enkystées*, elles ne resteront en général, pas longtemps oblitérées ; une poussée inflammatoire provoquée par les épreuves de guérison, leur fera évacuer leur contenu *si elles avaient abrité des gonocoques*.

Il n'en sera plus de même si elles donnent asile à des microbes banaux.

Nous reviendrons sur ce sujet à propos du gonocoque latent.

3° Apparition d'Infections secondaires

Certaines de ces complications que nous avons pu voir survenir au cours du traitement de l'urétrite gonococcique peuvent ne pas être dues au gonocoque seul, mais à des infections microbiennes secondaires associées.

Ces infections microbiennes peuvent jouer un *rôle important* au cours de l'évolution de la blennorhagie, notamment *pendant sa période de déclin.*

Nous savons, en effet, qu'il existe normalement au niveau du prepuce, du gland et du méat, une *flore microbienne plus ou moins riche et variée* (batonnets, streptobacilles, diplobacilles, bacilles du smegma, cocci, diplocoques, streptocoque, staphylocoque...) *vivant à l'état saprophytique sur un épithelium pavimenteux ;* mais qui, lorsqu'ils veulent aller plus avant dans l'urètre, sont impitoyablement phagocytés et rejetés par son **epithélium cylindrique**. Mais ce **fidèle gardien**, surtout à la période de déclin, se trouve plus ou moins épuisé, modifié dans sa structure par une desquamation plus ou moins intense suivant la violence de la lutte qui a du être livrée à sa surface entre le gonocoque et les lavages (surtout lorsque ceux-ci ont été faits à dose trop forte).

Quelquefois même un épithélium pavimentueux tend à le remplacer.

C'est alors que les microbes banaux, retrouvant là leur terrain de prédilection et des conditions plus favorables à leur progression, envahissent l'urètre à des profondeurs variables, voire même jusqu'à la vessie, donnant lieu soit à un *simple retard de guérison*, soit à des *infections glandulaires* prostatiques associées, soit à des *infections vésicales* qui se manifestent par le trouble persistant des urines, en dépit de l'absence de tout symptôme de prostatite.

Si l'on néglige d'examiner les sécrétions urétrales et si l'on ne pense pas à **centrifuger les urines du 2e verre**, et à en examiner le culot au microscope, cette infection surajoutée passe inaperçue... et les choses s'éternisent à la grande déception du praticien peu averti !

Un bon et précoce diagnostic permettra au contraire de combattre cette infection de façon rapidement efficace en faisant des **lavages mixtes**. C'est-à-dire en ajoutant **0,10 à 0.15 centigr. d'oxycyianure de mercure** à chaque litre de lavage au permanganate.

On peut voir ainsi des urines du 2e verre s'éclaircir complètement en 48 heures !

Il faudra se conformer de même, bien entendu, en présence d'infection secondaire de l'urètre antérieur alors que l'examen de la sécrétion aura montré la présence associée de gonocoques, souvent en très petit nombre en proportion de la flore microbienne banale dont l'abondance en masque quelquefois les rares groupes.

Les progrès du traitement reprennent, de ce fait, un

cours rapide et la guérison ne tarde pas à se réaliser.

Par exemple, il faudra se méfier chez ces malades de la *réapparition d'infections secondaires tardives après disparition de tout gonocoque*, et leur conseiller, comme mesure préventive, de faire matin et soir, après leur toilette une petite ablution du prépuce, du gland et du méat dont ils entr'ouvriront les lèvres, avec une solution d'oxy cyanure de mercure à 0 gr. 25 p. 1000.

4° Inefficacité du traitement rationnellement conduit.

En dépit d'un traitement *rationnellement conduit et sans complications*, on voit des cas qui traînent en longueur. Au bout de plusieurs semaines... alors qu'on devrait approcher de la guérison, il y a toujours une sécrétion urétrale le matin et même dans la journée et d'assez nombreux filaments dans les urines, ou bien celles-ci ne s'éclaircissent pas... et *l'on trouve encore du gonocoque*, ou dans la sécrétion ou dans les filaments, ou dans le culot des urines centrifugées, ou bien encore *une rechute* survient à chaque tentative de cessation de traitement.

Que faire?

A. — *Augmenter les doses.* — On peut tenter d'augmenter la concentration des lavages jusqu'à 0 gr. 30, 0 gr. 35, 0 gr. 40 p. 1000... et obtenir gain de cause.

B. — *Changement d'antiseptique* ou bien on peut abandonner momentanément le permanganate dont l'ac-

tion semble épuisée et faire des lavages avec une **solutioa d'argyrol** progressivement croissante de **1 à 10** gr. **p. 1000**, quitte à reprendre le permanganate avec plus de succès cette fois si la guérison n'a pas été obtenue ainsi.

C. — Mais il se peut qu'aucun de ces moyens ne réussisse ! Il ne faut nous en prendre qu'à nous ! Nous aurions dû penser plus tôt à la possibilité de l'existence de repaires microbiens dans lesquels le gonocoque trouve un asile difficilement accessible aux simples lavages. (C'est surtout en présence de colonies de gonocoques purs, libres, que nous aurions dû y songer !) Nous aurions dû les rechercher et n'entreprendre les deux tactiques précédentes qu'en cas de recherches négatives.

Repaires microbiens

Ces repaires peuvent être constitués :

1° D'une part, par des anomalies du prépuce, du méat, des diverticules et trajets para-urétraux.

2° D'autre part, par les glandes de l'urètre antérieur ou postérieur.

a) *Anomalies du prépuce.* — Il faut se méfier des prépuces trop étroits, à l'intérieur desquels s'emmagasinent les sécrétions et le gonocoque, si on ne lave pas soigneusement leur cavité avant de laver l'urètre.

b) *Végétations.* — On peut trouver au niveau du prépuce, du gland ou même à l'intérieur de l'urètre,

dans la fosse naviculaire ou l'affleurant, des végétations qui servent d'abri sûr au gonocoque dont on a une extrême difficulté à se débarrasser, si on ne les détruit pas au galvano-cautère.

c) *Diverticules et trajets.* — Il existe enfin et surtout, de nombreux diverticules et trajets para-urétraux médians dorsaux et latéraux débouchant soit à la commissure supérieure du méat, soit plus ou moins bas dans la fosse naviculaire. Nous ne voulons pas entrer ici dans une description détaillée de toutes les anomalies que peut présenter la portion terminale de l'urètre, que l'on trouvera très minutieusement décrites dans le travail du docteur Janet sur « Les repaires microbiens de l'urètre » Extrait des annales des organes genito urinaires d'août 1901.

Nous nous bornerons à en énumérer les *principales variétés* :

— *dépression médiane supérieure du méat* plus ou moins profonde ou terminée en cul de sac ;

— *étroitesse du méat* déterminant des poches au-dessous de l'orifice urétral ;

— une *lacune de Morgagni très* développée ;

— un *canal para urétral médian de la paroi supérieure* débouchant plus ou moins haut ;

— des *canaux para urétraux latéraux* très fréquents chez les hypospades dont le méat s'ouvre transversalement à la base du gland à la face inférieure duquel viennent déboucher les canaux soit sur la ligne médiane, soit sur les bords.

— *Canaux para-urétraux de la paroi inférieure.*

— *Dlpression* située *sur les faces latérales de la fosse navésiculaire* ou bajoues latérales des hypospades.

Toutes ces anomalies ne sont pas toujours faciles à trouver.

Leur recherche. — Pour faciliter leur recherche on se servira du petit écarteur à trois branches et du fin stylet en platine de Janet que nous avons cité au chapitre du matériel.

Lorsque ces divers trajets ou conduits *débouchent dans une partie du méat accessible à la vue*; en regardant attentivement on peut les découvrir assez facilement encore que leur orifice d'entrée peut être extrêmement fin.

Dans ce cas il sera plus sur de pratiquer une pression du gland qui fera sourdre une petite goutte de pus et trahira leur présence.

S'ils débouchent plus profondément, leur existence sera soupçonnée si, ayant fait uriner le malade, une pression sur l'urètre d'arrière en avant provoque l'apparition d'une goutte purulente entre les lèvres du méat — il faudra alors rechercher le ou les conduits paraurétraux en cause.

On introduit *le stylet de Janet* dans l'urètre en faisant suivre à son extrémité, d'abord la paroi supérieure sur la ligne médiane — puis, les parois latérales enfin la paroi inférieure.

Lorsque le stylet a pénétré dans un trajet, il est arrêté à un moment donné par le fond de ce trajet.

On le retire alors doucement en exerçant une pression orientée vers la paroi opposée.

Au moment où le stylet s'échappe en franchissant son orifice supérieur et en allant prendre contact avec la paroi opposée, on a nettement l'impression d'un déclic on continue à retirer le stylet qui finit, en tendant la commissure inférieure du méat, par s'échapper, deuxième déclic.

Leur traitement. — Une fois la présence d'une ou de plusieurs de ces anomalies bien constatée et leur siège en profondeur bien précisé. Il faudra **les irriguer quotidiennement** au début de chaque lavage, soit avec une *solution de permanganate au millième*, soit avec une **solution d'argyrol à 20 o/o** dont on remplit une seringue de Luer armée d'une *petite canule en platine* de Janet (voir chapitre du matériel).

On introduit cette petite canule dans le trajet qui a été repairé, doucement, jusqu'à ce qu'elle soit arrêtée; à ce moment on la retire d'un millimètre et on pousse l'injection, puis on fait ainsi 2 ou 3 injections de suite, *en ayant soin à chaque retrait de la canule de pratiquer la même manœuvre qu'avec le stylet explorateur* afin d'avoir la même sensation de déclic qui prouvera qu'on était bien dans le trajet et non à côté, dans l'urètre, comme cela arrive quelquefois.

Le docteur Janet a fait faire des canules coudées et plus longues pour laver les canaux situés plus profondément dans l'urètre le long de sa paroi postérieure, comme les lacunes de Morgagni très profondes.

On peut ainsi pratiquer l'injection avec l'aide du tube endoscopique court, ou bien sans tube endoscopique en exécutant les mêmes manœuvres que précédemment.

Ce traitement particulier suffit en général à assurer la guérison. Mais l'anomalie subsiste. Aussi il sera bon, dans la suite, de conseiller à son malade une intervention plus radicale pour éviter le retour de pareils ennuis

soit la *cautérisation galvanique ou électrolytique* :

soit l'*incision des trajets* ;

Mais ce chapitre ne rentre pas dans le cadre que nous nous sommes fixé.

d) *Les Glandes.* — Les glandes de l'urètre et celles de la prostate peuvent encore servir de repaire au gonocoque — surtout lorsque le traitement a été mal exécuté.

Diagnostic : La *palpation légère de l'urètre antérieur* sans qu'il soit besoin d'y introduire un béniqué, nous indiquera la présence de *ces littrites et folliculites,* dont nous avons parlé au chapitre des complications, qui donnent au toucher l'impression de grain de mil et même de pois de dimensions variables.

Si une ou plusieurs de ces folliculites se sont abcédées et forment un petit diverticule communiquant avec la lumière de l'urètre ; c'est la pression de cet organe d'arrière en avant, après la miction qui nous en décèlera la présence en ramenant un peu de sécrétion purulente au méat. Encore faudra-t-il être très discret en exerçant cette pression.

C'est le *toucher et le massage de la prostate,* après

miction partielle qui nous révélera la présence d'un **foyer prostatique** ignoré, soit par *l'apparition au méat d'un liquide purulent* dans lequel le microbe décèlera des colonies de gonos avec de nombreux leucocytes plus petits et serrés que dans les sécrétions de l'urètre antérieur soit par le *trouble ou la purulence des urines* restantes, émises dans un *3e verre après le lavage* et dont le culot de centrifugation contient de même de nombreux gonocoques.

Ce toucher nous fera aussi découvrir dans la glande une ou plusieurs zones indurées ou, au contraire, ramollies correspondant à une petite cavité vidée par la pression du doigt.

Traitement. — Que faire dans ces circonstances ?

Avant tout ne pas chercher à pousser plus loin notre exploration ! Nous en savons bien assez.

N'oublions pas que nous n'avons pas affaire à un cas absolument chronique, dénué de toute acuité, dans lequel une phase de guérison plus ou moins prolongée a permis à l'inflammation de la muqueuse urétrale de se dissiper complètement.

Ici, **le mot de « guérison » n'a jamais été prononcé**. Laissons donc dans notre armoire à instruments béniqués, uretroscopes et galvano cautère !

Dès le début de mes études sur le gonocoque, disait Janet en 1901, dans mon travail sur les repaires microbiens de l'urètre, j'ai pris en aversion profonde toute tentative de cathétérisme, quelle qu'elle soit, pratiquée pendant l'infection gonococcique, *même la plus subaiguë*.

Je m'en suis toujours abstenu et reste convaincu que c'est encore le meilleur moyen d'éviter les lacunites, les folliculites, les prostatites et surtout les orchites. Quand ces principes se seront répandus, ces complications profondes de la blennorhagie perdront beaucoup de leur importance ».

Voilà, je crois, qui est parler fort justement !

Malheureusement voilà bientôt 20 ans que le docteur Janet s'exprimait ainsi ! Actuellement encore, il n'a pas changé d'avis ! Mais ces principes ne se sont guère répandus ! Bien au contraire.

Des instruments séduisants ont été créés depuis... il faut bien s'en servir le plus souvent possible sous peine de paraître « vieux jeu » !

Aussi l'urétroscopie, la dilatation... komanesque ou autre, sont actuellement en vogue croissante... Chez bien des spécialistes, les béniqués — dilatateurs — et l'urétroscope sont toujours... sur le chantier — bien souvent sans distinction de cas !

Tout blennorhagique un peu long à guérir — tout traînard en a les honneurs.

Trop heureux de montrer à ses malades que l'on est bien outillé et au courant de tous les procédés modernes d'investigation et de traitement !

Et c'est ainsi que, dans le cas qui nous occupe, sous prétexte d'aller poursuivre jusque dans leur antre, quelques gonocoques réfugiés dans un diverticule glandulaire de l'urêtre ou de la prostate ; vous allez, avec votre instrument, en râclant la muqueuse déjà conges-

tionnée, colporter et faire pénétrer dans plusieurs autres de ses glandes les gonocoques qui errent ça et là à sa surface.

Est-il vraiment sage, pour stériliser un foyer d'aller en créer dix autres ?

Tout ceci est fort bien, dira-t-on, mais que faire dans ces circonstances ? Comment chasser le gonocoque de ces repaires glandulaires ¿

Là encore, en élève convaincu, mais ne voulant pas me rendre coupable de plagiat, je veux laisser la parole au docteur Janet :

« Les infections glandulaires gonococciques, dit-il, me semblent beaucoup moins rebelles, plus portées à rester ouvertes *ou à se rouvrir rapidement si elles se sont momentanément enkystées*, que les infections glandulaires à microbes divers. Elles ont de plus bien plus de *tendance à revenir à l'état aigu* et à déterminer des phlegmons sous l'influence d'irritations intempestives.

Il en résulte que j'ai pris depuis longtemps l'habitude de ne pas m'émouvoir outre mesure de l'apparition des inflammations glandulaires gonococciques ; qu'elles soient uretrales ou prostatiques.

Quand je les constate, *je m'abstiens de les examiner à l'endoscope* et me garde de les poursuivre chirurgicalement.

Je me contente de continuer mes lavages. Je sais qu'en pareil cas, ils vont se prolonger pendant longtemps, un mois, deux mois... trois mois même quel-

quefois : j'en avertis le patient et tranquillement nous attendons la *guérison* qui *arrive toujours et reste complète.*

Quand l'état inflammatoire aigu des glandes est tombé, quand des tentatives très douces de massage m'annoncent qu'elles ne demandent qu'à se vider, je pratique un *massage uretral ou prostatique avant le lavage*, et ce traitement nous conduit bientôt à la guérison complète, et cela sans endoscope, sans électrolyse glandulaire et sans dilatation.

Cette méthode m'ayant toujours réussi et ne m'ayant jamais permis de constater une rechute gonococcique à longue échéance après ma déclaration de guérison, je n'éprouve pas le besoin de la modifier et de poursuivre à coup de dilatation des gonocoques que les lavages combinés au massage expulsent si facilement à condition d'y mettre un peu de patience, il est vrai.

Gonocoque latent

Quant au *gonocoque latent*, profond, indéracinable malgré une guérison apparente vérifiée par le microscope, Janet dit (en désaccord complet sur ce point avec l'école allemande et d'assez nombreux urologues français) ne pas en connaître.

Après un traitement rationnel de la blennorhagie tel que nous venons de l'exposer.

Il reconnaît que le gonocoque latent est néanmoins

possible dans le cas d'uretrite gonococcique mal traitée chez les malades venant à lui après une longue période d'un traitement dont il ne connaît, ni la nature, ni les incidents, surtout s'ils se sont bornés à laisser couler leur urètre et à prendre des balsamiques. Un certain degré de vaccination de à l'entretien des culture microbiennes pouvant s'opposer, en la circonstance, à la réinfection de l'urêtre par quelques gonocoques à virulence atténuée ou embusqués dans un repaire quelconque.

Un certain degré d'inconnu caractérise donc ces cas. Il est bon plus d'être avisé et plus exigeant en ce qui concerne les épreuves de guérison.

Il admet enfin la possibilité du *gonocoque latent en cas de foyers para urétraux* (surtout dans les circonstances précédentes) et conseille de s'entourer du plus de garantie possible avant d'affirmer la guérison définitive à ces malades. Nous reviendrons tout à l'heure au chapitre des épreuves de guérison.

Quant aux *kystes glandulaires fermés*, ils ne donnent pas lieu à des erreurs prolongées de guérison chez les malades qui en sont porteurs, étant donné que, lorsqu'ils contiennent du gonocoque, ils ont tendance comme nous l'avons vu plus haut, à revenir rapidement à l'état aigu sous l'influence des irritations telles que celles que provoquent les manœuvres auxquelles on se livre habituellement avant d'annoncer la guérison et auxquelles nous en arrivons maintenant.

VII. — Epreuves de guérison

Quelles épreuves ferons-nous subir à notre malade pour lui affirmer la guérison et l'autoriser par suite à reprendre la vie normale, sans danger ni pour lui ni pour les autres.

1° Preuve de bière. — Les 2 intervalles de 36 et de 48 heures ayant été tentés avec succès, dans les conditions que nous avons indiquées précédemment.

Nous suspendrons complètement les lavages, tout en interdisant la reprise de la vie normale.

Au bout de 5 jours sans traitement, nous lui prescrirons d'absorber dans la journée la valeur d'un litre de bière et de un ou deux petits verres d'alcool, d'uriner le plus tard possible dans la soirée et de venir se livrer à notre examen le lendemain matin sans avoir uriné.

Plusieurs éventualités sont alors à envisager :

A) **Le méat est sec.** — Lorsqu'on entr'ouvre ses lèvres, celles-ci ne se séparent pas instantanément, mais peu à peu en se déplissant de la surface à la profondeur, aucune sécrétion n'étant venue s'opposer à leur accolement normal. La pression de la fosse naviculaire d'arrière en avant ne fait sourdre aucune sécrétion.

Les urines sont claires et sans filaments, ou bien, comme on le constate fréquemment dans les urines de la nuit, elles sont légèrement opalescentes, avec quelques voiles légers et transparents formés de mucine.

En définitive, *rien à livrer à l'objectif de notre mi-*

croscope. Cet examen est des plus favorables. On pourra passer à l'épreuve suivante.

B) **Le meat n'est pas absolument sec**. Ou il est collé, ou au contraire très humide. Une légère pression du gland ramène une *sécrétion blanchâtre, un peu glaireuse* ou même muqueuse dans laquelle le microscope ne décèle *aucun gonocoque — très peu de polinucléaires, mais de nombreuses cellules épithéliales*, indice d'une desquamation prononcée de la muqueuse (il était temps de cesser les lavages). Les urines du 1er verre peuvent contenir quelques filaments longs et légers dont l'examen microscopique sera le même que celui de la sécrétion.

Il faudra surveiller son malade d'un peu plus près, la revoir le lendemain ou le surlendemain et si rien de nouveau n'est survenu, le faire passer à la seconde épreuve.

C) **Quelques gonocoques ont résisté au traitement**. Leur virulence a été cependant très atténuée, ou ils se sont retranchés dans une glande ou un coin quelconque de la muqueuse.

Toujours est-il qu'à la suite de la cessation du traitement et de la congestion urétrale provoquée par l'absorption de la bière et de l'alcool, ces quelques gonocoques ont repris de la vitalité, se sont remultipliés, sont sortis de leur repaire et donnent lieu à une **rechute** se traduisant par la *réapparition d'un écoulement purulent et jaunâtre* contenant de nouvelles colonies de gonocoques, et le trouble des urines.

Il faut alors recommencer les lavages. On prendra la dose immédiatement inférieure à celle du dernier lavage à laquelle on reviendra rapidement. Nous avons vu qu'il y a moins de précaution à prendre à cette période au point de vue de la concentration des lavages que l'on pourra même essayer de pousser au-delà du chiffre habituel,

Quelques jours après, lorsque l'on constatera de nouveau les signes de la guérison apparente, on recommencera les intervalles, puis les épreuves déjà décrites.

2° *Preuve du Coït.* — Dans les deux premiers cas, l'examen ayant été satisfaisant, on prescrira à son malade de pratiquer le lendemain ou le surlendemain *le coït* (*avec condom*, bien entendu, pour éviter une contamination possible en cas de fausse guérison) et de venir vous trouver 12 heures après environ. Eh bien, il est très rare que, dans le cas où le gonocoque ne serait pas sorti de sa latence à la suite de l'absorption de la bière, il ne se décide pas à se réveiller, à sortir de son repaire et à venir réensemencer l'urètre, à la suite de l'intense congestion, dilatation, étirement et massage spasmodique de la muqueuse et de ses glandes que provoque le coït.

Si l'examen qui suit cette épreuve est négatif, attendez encore quelques jours par prudence pendant lesquels vous mettez votre malade en observation. Et prononcez le mot libérateur.

« Imprudent !!! » diront certains. Et la dilatation ?

Et l'uretroscopie ? Et l'instillation de nitrate d'argent ?

Oui, c'est vrai,.. tout cela est conseillé dans les divers traités d'urologie.

Eh bien, je ne me souviens pas d'avoir vu le docteur Janet se livrer à cette pratique depuis déjà bien des années, et il n'a, paraît-il, jamais eu à le regretter par le fait d'un diagnostic de fausse guérison prolongée et de contamination matrimoniale.

Les seules circonstances dans lesquelles il faudra se montrer circonspect, nous les avons citées.

Ce sont les cas de *foyers para-uretraux* (surtout chez les malades qu'on n'a pas suivis). Il ne faut pas se contenter alors des preuves citées plus haut, mais pratiquer des *évacuations glandulaires par des massages* non suivis de lavages, des *émissions spermatiques* répétées, soit par le coït avec préservatif, soit à défaut de celui-ci, par la masturbation, des *examens microscopiques de sperme*, et, en cas de canaux para-urétraux, l'ensemencement de l'urètre avec leur contenu recueilli par un ramonage avec le stylet.

Quant à la *culture du sperme et des sécrétions*, elle ne pourra donner en la circonstance qu'un renseignement de peu de valeur, attendu qu'en cas de latence, le gonocoque dont la virulence est atténuée, ne cultive pas...

Tel est donc le « modus faciendi » que nous conseillons d'adopter en présence d'un malade atteint d'urétrite gonococcique, si l'on veut s'efforcer de la guérir sans complication et le soustraire au terrible chapitre

des uretrites chroniques et de leurs traitements que nous ne voulons pas aborder ici.

Là se borne en effet le petit travail que nous nous étions proposé, ayant uniquement poursuivi un but d'utilité pratique et de vulgarisation.

Nous n'avons fait ainsi qu'une courte incursion dans le domaine si étendu et si complexe de la Blennorhagie ; en attendant que notre maître, le Docteur Janet, dont la haute autorité n'a cessé d'être présente dans le cours de cette étude, fasse paraître son livre si impatiemment attendu, fruit d'une expérience quasi exceptionnelle, servie par un esprit dont la finesse d'observation, la clairvoyance et le bon sens font mon admiration.

CONCLUSIONS

I. — Instruisons nos jeunes gens et exhortons les à venir nous consulter à la moindre alerte afin que nous puissions entreprendre la cure abortive et leur éviter les ennuis, les frais et les risques d'un long traitement.

II. — Le traitement abortif à l'argyrol est inoffensif et donne d'excellents résultats, d'autant meilleurs qu'il est entrepris plus tôt.

III. — La méthode des grands lavages au permanganate est encore la méthode de choix, dans le traitement de l'urètrite gonococcique qui n'est plus justiciable du traitement abortif.

IV. — La technique et le maniement en sont, souvent encore, mal connus, mal compris et mal exécutés.

V. — Une extrême douceur de main.

Une grande modération dans le choix des doses, le nombre et la durée des lavages doivent y présider.

De nombreux examens histo-bactériologiques doivent la guider. Les erreurs sont fréquentes à ce sujet. On continue à poursuivre le gonocoque alors qu'il n'existe plus.

VI. — Les lavages urétro-vésicaux d'emblée, toutes considérations prises, ne sont pas à conseiller.

VII. — L'infraction à toutes ces règles est la cause de bien des déboires, de complications et d'urétrites chroniques.

Bien connaître ces règles et les bien appliquer contribuera à en réduire le nombre.

VIII. — Le gonocoque latent est exceptionnel chez le malade soigné rationnellement et déclaré guéri après les diverses épreuves de guérison.

IX. — On a tendance à abuser des procédés modernes d'investigation et de traitement, particulièrement de l'urétroscopie, tout au moins en ce qui concerne les urétrites gonococciques, tant soit peu subaigues.

Vu :
Le Président de Thèse,
LEGUEU.

Vu :
Le Doyen
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
POINCARÉ.